

BURSITIS PREAQUILIANA Y ENFERMEDAD DE HAGLUND

Aquiles, el guerrero invencible de la mitología griega, tenía un solo sitio anatómico de vulnerabilidad: el talón. Resulta curioso que hubiera transmitido su debilidad al resto de humanos al darle el nombre al tendón de Aquiles, que conecta los músculos de la región posterior de la pierna con el calcáneo que es el hueso del talón.

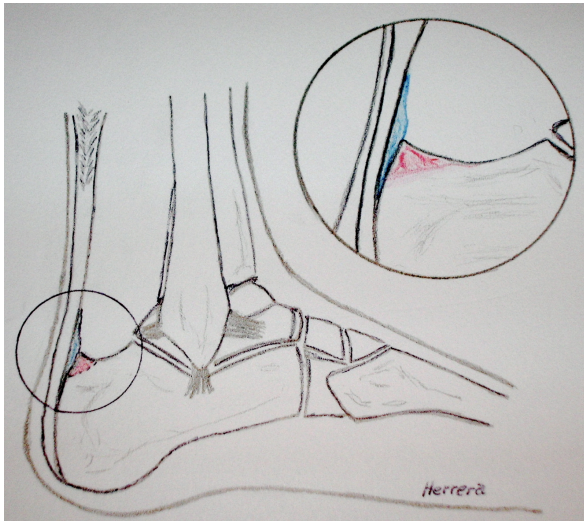


Figura 1. Detalle de la relación entre la enfermedad de Haglund y la Bursitis preaquiliana.

El tendón de Aquiles es el más grande del cuerpo humano y puede soportar cargas mayores a los 500 Kg. (7 veces el peso corporal durante la carrera). En algunos pacientes, una alteración de la forma normal del aspecto superior del calcáneo, conocida como enfermedad de Haglund (en rojo en la figura 1), facilita la inflamación de la bursa preaquiliana (en azul en la figura 1) e incluso en ocasiones del tendón de Aquiles en su sitio de inserción en el talón.

Varias situaciones pueden producir una Bursitis preaquiliana en presencia de la enfermedad de Haglund, entre las que se incluyen:

- Aumentar súbitamente la distancia o velocidad de trote o carrera.

- Adicionar a la rutina de ejercicio correr en cuesta o subir escalones sin previo acondicionamiento para este tipo de actividad.
- Iniciar la actividad deportiva sin un calentamiento adecuado.
- Lesiones causadas por una contracción violenta y repentina de los músculos de la pantorrilla como cuando se realiza un esfuerzo adicional como en un "sprint" final de carrera.
- Sobreuso como resultado de la pérdida natural de la flexibilidad de los músculos de la región posterior de la pierna.
- Enfermedades autoinmunes como la artritis Reumatoidea, el síndrome de Sjorgen.
- Enfermedades metabólicas con impacto en el sistema musculoesquelético, entre las que se encuentran el Hipotiroidismo, la Diabetes, y la Hiperuricemia (Gota)

Los síntomas de la Bursitis Preaquiliana tienen un patrón clínico común:

- Dolor moderado después del ejercicio que gradualmente empeora.
- Una notoria sensación de rigidez muscular en la región posterior de la pierna.
- Episodios de dolor difuso o localizado, en algunas ocasiones severo, en la parte más superior del talón durante algunas horas después del ejercicio.
- Dolor matinal por encima de la inserción del tendón en el talón.
- Sensación de rigidez matinal en el talón, y disminución de la rigidez del tendón en la medida en que el tendón se calienta con el ejercicio o la marcha.

Debido a que varias condiciones médicas diferentes presentan los mismos síntomas es necesario realizar una visita al Ortopedista cirujano de pie para que se realice un diagnóstico adecuado de la enfermedad.

El tratamiento depende de el grado de lesión del tendón pero usualmente incluye :

- Reposo, que significa suspender la actividad deportiva o ejercicio por una semana, o cambiar a otro tipo de ejercicio en el que no se produzca una carga mecánica sobre el tendón, como la natación.
- Anti-inflamatorios no esteroideos. Este tipo de medicamentos se clasifican según su sitio de acción químico en el cuerpo humano: No selectivos por la ciclooxigenasa y Selectivos por la ciclooxigenasa 2. Dentro de los Cox 2 selectivos existen dos subgrupos: los selectivos por el sitio Hidrofílico y los selectivos por el sitio hidrofóbico. En general no se ha demostrado aumento de riesgo cardiovascular para los Cox-2 selectivos hidrofílicos como el Lumiracoxib y no ha sido debidamente estudiado para los Cox no selectivos. En presencia de hipertensión arterial, hiperlipidemia (colesterol elevado) el uso de este grupo de medicamentos debe estar restringido y limitado al criterio medico por las interacciones medicamentosas en el hígado que tienen estos tres grupos de medicamentos. Su abuso por parte del paciente puede conllevar una falla hepática.
- Fisioterapia: se incluye la utilización de Ultrasonido de fase continua que produce calor en el tendón reduciendo la inflamación, y una rutina de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento progresivo y gradual de la musculatura anterior de la pierna y extensores de los dedos.
- Utilización de Ortesis: Las ortesis son aparatos diseñados para darle soporte mecánico al músculo y disminuir la carga en el tendón como algunos tipos especiales de plantillas. Generalmente se indican después de seis meses de tratamiento medico con fisioterapia en el que no se ha presentado mejoría.
- No se deben realizar infiltraciones con Corticoides: los corticoides quitan rápidamente el dolor pero

también inhiben la capacidad de reparación de la Bursa por parte de los Sinoviocitos que son las células especializadas que reparan las pequeñas y grandes lesiones de la bursa preaquilliana. Sin infiltraciones el 85% de las Bursitis preaquillianas mejoran totalmente, mientras con la realización de infiltraciones apenas el 60% de las mismas alcanzan la mejoría.

- La cirugía es siempre la ultima opción porque la tasa de mejoría no va mas allá del 60%. Consiste en liberar el tendón de la vaina que lo cubre que generalmente ha dejado de ser elástica y se ha vuelto fibrosa y la resección del fragmento óseo de la enfermedad de Haglund. La recuperación es lenta, requiere de la utilización de ortesis e incluye un programa de rehabilitación para prevenir debilidad posterior del tendón.

Es probable que usted no pueda prevenir la aparición de la Bursitis preaquilliana, pero existen algunas medidas que disminuyen el riesgo de aparición de la misma:

- Escoger adecuadamente los zapatos para el ejercicio. Deben tener un adecuado acolchado en el talón para disminuir la fuerza del impacto del talón. Utilizar una ortesis que corrija una mala alineación del talón cuando sea necesario. Sin embargo, la mayor precaución esta en conocer los limites propios y seguir un programa de ejercicio formulado médicamente por un especialista en medicina deportiva, un Fisiatra o un Ortopedista.
- Caminar y estirar para calentar gradualmente antes de iniciar el ejercicio. Es mejor gastar unos minutos calentando que unos meses sin ejercicio por una Bursitis preaquilliana.
- Tener una rutina de estiramiento y fortalecimiento del tendón de Aquiles.
- Aumentar la distancia en el ejercicio gradualmente, no se deben realizar incrementos en distancia mayores al 10% semanal.

- Evitar “sprints” finales durante la rutina de ejercicio que no sean los acostumbrados, y correr en cuestas si no se ha preacondicionado.
- Realizar una rutina de recuperación posterior al ejercicio formulada médicamente por un especialista en medicina deportiva, un Fisiatra o un Ortopedista.

Recuerde siempre que su Ortopedista es un Doctor en Medicina con un extensivo entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las enfermedades del sistema músculo esquelético, que incluye huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, músculos y nervios.

Juan Manuel Herrera MD.
Ortopedia y Traumatología
Juanmherrera@cable.net.co