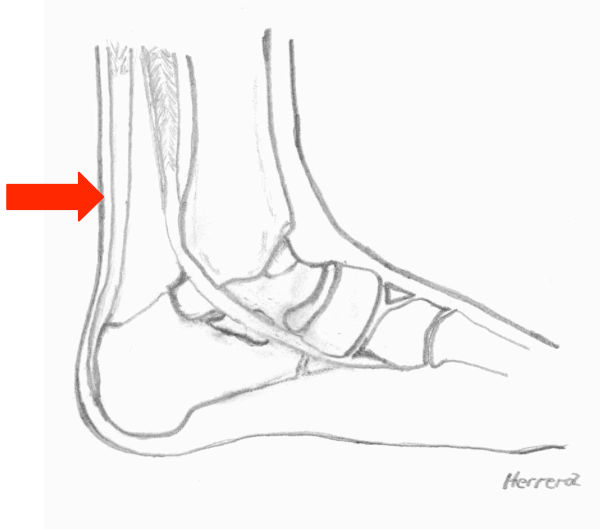


TENDINITIS DEL AQUILES.

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.



El tendón de Aquiles es el más grande del cuerpo humano y puede soportar cargas mayores a los 500 Kg. Sin embargo es el tendón que con mayor frecuencia se rompe; tanto los deportistas profesionales como los de fin de semana pueden sufrir de tendinitis del Aquiles, una enfermedad por sobreuso que produce inflamación del tendón.

Varias situaciones pueden producir una tendinitis del Aquiles, 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.

Los síntomas de la Tendinitis del Aquiles 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, a lo largo del tendón durante algunas horas después del ejercicio.
- Dolor matinal 6 cm. por encima de la inserción del tendón en el talón.
- Disminución de la rigidez del tendón en la medida en que el tendón se calienta con el ejercicio o la marcha.
- Aumento del grosor del tendón por inflamación crónica.

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 existe 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.

- 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.
- 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.
- No se deben realizar infiltraciones con Corticoides: los corticoides quitan rápidamente el dolor pero también inhiben la capacidad de reparación del tendón por parte de los fibroblastos que son las células especializadas que reparan las pequeñas y grandes lesiones del tendón. Sin infiltraciones el 85% de las tendinitis de Aquiles mejoran totalmente, mientras con la realización de infiltraciones apenas el 60% de las mismas logran mejorar.
- Litotricia ortopédica: En los casos en que se ha vuelto crónica la enfermedad pueden aparecer incluso calcificaciones en el tendón, y se debe realizar tratamiento con ondas sónicas de alta energía que de acuerdo al criterio del especialista puede o no ser acompañado de la inyección local de factores de crecimiento antólogos derivados de plaquetas.
- La cirugía es siempre la última opción porque la tasa de mejoría no va más 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 reparación de cualquier ruptura adicional que haya en el tendón. La recuperación es lenta, requiere de la utilización de ortesis e incluye un programa de rehabilitación para

prevenir debilidad permanente del tendón.

Es probable que usted no pueda prevenir la aparición de la tendinitis del Aquiles 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 está en conocer los límites 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 ruptura del tendón de Aquiles.
- 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 "sprinta" finales durante la rutina de ejercicio que no sean los acostumbrados, y correr en cuestras si no se ha preacondicionado.
- Realizar una rutina de recuperación posterior al ejercicio.

Recuerde siempre que su Ortopedista es un Doctor en Medicina con un extensivo entrenamiento en el diagnostico 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