

Rotura bilateral y simultánea del tendón de Aquiles.

J. RIPALDA MARÍN, M. MALILLOS TORÁN, A. SALAS GARCÍA, I. CARBONEL BUENO, A. HERRERA RODRÍGUEZ
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Resumen. La rotura bilateral y simultánea del tendón de Aquiles es un hecho excepcional. La producción de esta lesión en una persona joven, sin antecedentes patológicos ni de administración de ciertos medicamentos es aún más excepcional. El tratamiento quirúrgico y un adecuado proceso de seguimiento y rehabilitación contribuyen a una buena recuperación y pronóstico en los individuos jóvenes y activos con roturas del tendón de Aquiles. Se presenta un caso clínico de una mujer de 21 años tratada quirúrgicamente con buen resultado.

Bilateral simultaneous rupture of Achilles tendon.

Summary. The bilateral and simultaneous rupture of Achilles tendon is an exceptional situation. The production of this injury in a young person, without history pathological or administration of certain drugs is even more exceptional. The surgical treatment and a proper process of following-up and rehabilitation help to a good recovery and prognosis in young and active people with Achilles tendon ruptures.

Correspondencia:
Jorge Ripalda Marín.
C/ Luis Bermejo nº 7, 10º B.
50009 Zaragoza.
e-mail: jripaldamarin@yahoo.es

Introducción

El tendón de Aquiles es el mayor tendón del cuerpo humano. No tiene una cápsula sinovial verdadera y en lugar de ello posee un paratendón con capas visceral y parietal que permiten un desplazamiento del tendón de alrededor de 1,5 centímetros. El tendón de Aquiles recibe su aporte sanguíneo de tres fuentes: la unión músculo-tendón, la inserción ósea en hueso calcáneo y a través de múltiples vasos mesotendinosos en su superficie anterior¹.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una mujer de 29 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor de inicio súbito en ambos talones e impotencia funcional para la deambulación normal, tras sentir una sensación de chasquido y luego intenso dolor en las regiones posteriores de sus tobillos cuando realizaba ejercicio físico.

Entre sus antecedentes personales únicamente destaca la práctica intensiva de gimnasia rítmica (actualmente es profesora de la disciplina y la lesión se ha producido mientras realizaba una demostración) y la administración, cuando tenía 21 años, de un fármaco derivado de la vitamina A (isotretinoína) durante un período de nueve meses para el tratamiento de enfermedad dermatológica (acné).

La paciente presenta dolor a la palpación y tumefacción en la región de ambos tendones de Aquiles, con palpación de un defecto ("signo del hachazo") ligeramente por encima de la inserción de ambos tendones aquileos. También presenta incapacidad para realizar la flexión plantar de ambos tobillos. El balance articular pasivo de los dos tobillos es completo y no doloroso con maniobra de Thompson positiva en ambos lados. La exploración neurovascular distal de las extremidades inferiores es normal.

Las radiografías simples de ambos tobillos no muestran signos de lesión ósea aguda. En el estudio ecográfico se evidencia solución de continuidad bilateral en ambos tendones aquileos. Con todos estos hallazgos se establece el diagnóstico de rotura aguda bilateral y simultánea de los tendones de Aquiles.



Figura 1. Reparación del tendón de Aquiles izquierdo.

Se interviene a la paciente de urgencia. Se lleva a cabo un abordaje posteromedial del tendón de Aquiles en el que se observa la presencia de unas soluciones de continuidad en ambos tendones que se reparan mediante sutura término-terminal con "fiber wire" del número 5 mediante técnica de Kessler y puntos sueltos de refuerzo en las caras anterior y posterior con hilo reabsorbible del número 2 (Fig. 1). También se realiza sutura del epitendón con puntos sueltos de material reabsorbible de 2/0 (Fig. 2). Ambos tendones se intervienen de igual manera. Se lleva a cabo biopsia tendinosa a nivel de la rotura de ambos tendones que se informa como tejido tendinoso sin presencia de signos inflamatorios. Tras la intervención se colocan dos drenajes aspirativos (en ambas heridas) y dos férulas posteriores crurópédicas con las rodillas en ligera flexión y los tobillos en equino. La paciente recibe profilaxis antibiótica preoperatoria

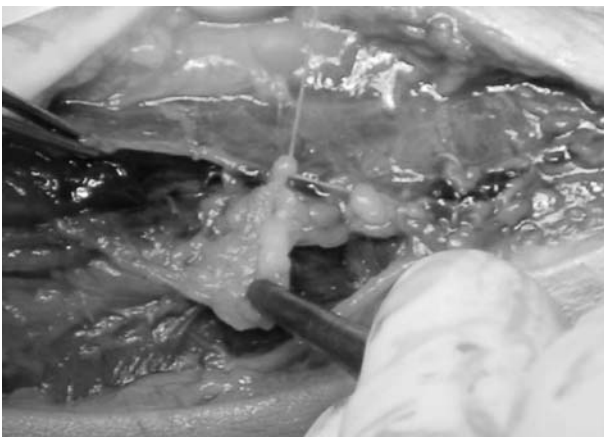


Figura 2. Sutura del epitendón derecho.



Figura 3. Flexión plantar a los 9 meses tras la cirugía.

(monodosis de dos gramos intravenosos de cefazolina) y profilaxis de tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante la administración de una heparina de bajo peso molecular (enoxaparina 40 mgr cada 24 horas) durante 30 días.

La paciente es dada de alta hospitalaria al segundo día tras la operación y con la necesidad de permanecer en descarga bilateral durante 3 semanas.

La paciente ha sido seguida de forma ambulatoria en consultas de nuestro hospital: las heridas quirúrgicas han evolucionado de manera satisfactoria, se ha ido reduciendo paulatinamente el equino de los tobillos y se autoriza el apoyo con ayuda de bastones a las 3 semanas de la intervención quirúrgica. Actualmente, después de nueve meses desde la intervención quirúrgica, la paciente ha sido dada de alta con un balance articular y muscular completo (Fig. 3) y ha comenzado a realizar ejercicio físico de nuevo.

Discusión

La rotura del tendón de Aquiles no sucede frecuentemente, aunque se trata del tendón de las extremidades

inferiores más frecuentemente lesionado y constituye aproximadamente el 20% de las lesiones de los "grandes" tendones². La rotura bilateral y simultánea del tendón de Aquiles es incluso mucho menos frecuente².

Las personas con enfermedades crónicas, como lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide, tratadas con corticoides durante largos períodos y los individuos sanos que realizan actividades físicas parecen tener mayor predisposición a sufrir la rotura del tendón de Aquiles². Se ha documentado la presencia de diversos problemas músculoesqueléticos y, de manera menos frecuente, también se han descrito casos de tendinitis aquilea relacionada con la administración de isotretinoína,^{3,4} aunque no hemos encontrado casos de roturas agudas tendinosas en la literatura.

Los objetivos del tratamiento de la rotura aguda de un tendón de Aquiles son la recuperación de la longitud y de la tensión musculotendinosa normal para reestablecer la fuerza y función del complejo tríceps sural. La literatura parece estar de acuerdo en tratar a los pacientes activos y con buen estado general mediante tratamiento quirúrgico para lograr estos objetivos⁵. Dentro del tratamiento quirúrgico, se distinguen los abordajes percutáneos y abiertos. Los abordajes abiertos permiten la evaluación completa de la lesión y la inspección de la coaptación del extremo final del tendón, pero con mayores índices de dehiscencias de la herida, infecciones y problemas de adhesión de la piel que pueden minimizarse mediante el uso de técnicas quirúrgicas rigurosas y buen seguimiento de las pautas rehabilitadoras postquirúrgicas^{5,6}.

Bibliografía:

1. Marsh JL, Saltzman CL. Fracturas del tobillo. En: Rockwood & Green's Fracturas en el adulto, 5ª ed. Madrid. Marbán Libros. 2003. p. 2080-3.
2. Habusta SF. Bilateral spontaneous rupture of the Achilles tendon. A rare traumatic injury. Clin Orthop. 1995; 320:231-4.
3. Bottomley WW, Cunliffe WJ. Acute Achilles tendonitis following oral isotretinoin therapy for acne vulgaris. Clin Exp Dermatol. 1992; 17:250-1.
4. Hernández Rodríguez I, Allegue F. Achilles and suprapatellar tendinitis due to isotretinoin. J Rheumatol. 1995; 22:2009-10.
5. Strauss EJ, Ishak C, Jazrawi L, Sherman O, Rosen J. Operative treatment of acute Achilles tendon ruptures: an institutional review of clinical outcomes. Injury. 2007; 38:832-8.
6. Shepard ME, Lindsey DP, Chou LB. Biomechanical testing of epitenon suture strength in Achilles tendon repairs. Foot Ankle Int. 2007; 28:1074-7.