

Exostosis Retrocalcánea. Tendinopatía Aquileana. Semiología y Diagnóstico a partir de un Caso Clínico.

Lic. Cecilia Cosentino
Buenos Aires, Argentina
Ceci.cosentino@gmail.com

Paciente de 62 años, con diagnóstico de **Fascitis Plantar** Bilateral es derivado para realizar tratamiento de Reeducción Postural Global (RPG). Deportista, jugador de tenis amateur, practica el deporte 2 a 3 veces por semana. Refiere dolor de 3 años de evolución en la cara postero medial de ambos calcáneos y a 1cm aproximadamente por arriba de la base de los mismos. Realizó tratamientos anteriores sin resultados positivos.

Durante la evaluación inicial no se observa ni se manifiesta sintomatología de la fascia plantar, sino que se condice con una **Tendinopatía Aquileana**, ya que presenta dolor en la cara postero medial de ambos calcáneos y a 1cm por arriba de la base de los mismos, como puntadas, que solo se manifiestan ante la palpación y ante contracciones musculares intensas¹, tal como lo describe Catoggio y col., durante la práctica del tenis. Ambos tendones presentan un aspecto nodular y ensanchados en su inserción, y a la palpación son rígidos e inextensibles^{2 3}, características típicas que adopta el tendón en progresivo deterioro y que han sido descritas por Astrom y col. y por Khan y cols. La articulación tibio-tarsiana se presenta con rigidez y disminución de los ángulos de movilidad. En la evaluación inicial de RPG se observa retracción de la musculatura de la cadena postero-inferior, principalmente a nivel de los isquiotibiales, y es incapaz de llevar los pies a dorsiflexión por retracción de los gemelos. La evaluación del sóleo bilateral también presenta retracción y genera grandes compensaciones. Las compensaciones más significativas que genera la cadena posterior e inferior son la retroversión pélvica, cifosis lumbar y apertura del ángulo tibio tarsiano bilateral. Se observa también calcáneos valgo, a predominio izquierdo⁴.

No presenta estudios complementarios al inicio de la evaluación.

De acuerdo al resultado del cuadro de evaluación de RPG se realizó el tratamiento sobre la cadena maestra postero inferior principalmente (postura de bailarina), con lo cual los resultados positivos se pusieron de

manifiesto. El dolor continuó aunque se presentaba con menor frecuencia e intensidad. Durante el tratamiento, la retracción del semitendinoso y semimebrano era tan importante que resultaba complejo controlar la rotación interna de las rodillas, por lo cual, luego de reevaluarlo, se continuó el tratamiento con la postura de cierre de ángulo coxo-femoral rana al aire, pudiendo encontrar la tensión en toda la cadena postero-inferior. Al cabo de la 4ta sesión, el dolor comenzó a manifestarse con menor frecuencia e intensidad durante la práctica deportiva, y las compensaciones generadas por las retracciones de la cadena posterior e inferior disminuyeron, pero aun el dolor se manifestaba muy intensamente durante la palpación local.

Interpretación del cuadro inicial

En primer lugar, la **observación** de la zona hace pensar en patología aquileana, ya que los tendones presentaban aspecto nodular y ensanchados en su inserción (Fig. 1)



Fig. 1: Ensanchamiento en la zona de inserción tendinosa distal y tendones de aspecto nodular⁵.

En segundo lugar, al **interrogatorio** acerca del dolor, refería que se localizaba en el talón, aunque no podía precisar exactamente en qué parte. El dolor en el pie puede tener múltiples orígenes: en el tobillo (tibia astragalina y calcáneo astragalina), en el talón (área aquileana y área de la fascia plantar), en el tarso, en el antepie, o en todo el pie, entre otras⁶. El tipo de dolor que refiere (como puntada, no le quema, no es pulsátil ni constante) y su aparición, durante la contracción muscular también son compatibles con patología aquileana, ya que la contracción concéntrica de los músculos de la pantorrilla (durante la actividad física) solicitan al tendón en estiramiento^{7 8}, generando en el mismo tracciones bruscas y a alta velocidad que poco a poco producen micro roturas en la unión osteotendinosa; el deterioro del Tendón de Aquiles por sobreuso generalmente es progresivo, comenzando por una tendinitis, la entesitis, luego la calcificación en la unión mio tendinosa o en la unión osteo tendinosa y finalmente la rotura⁹.

En tercer lugar, la **palpación** dolorosa puede indicar una exostosis retrocalcánea. Una suave palpación fue suficiente para que manifestara el dolor. La palpación fue el factor clave en el diagnóstico clínico de la patología.

Finalmente, para obtener un diagnóstico certero del tipo y nivel de lesión fue necesario una ecografía y/o RX. Se adjunta una RX bilateral en las cuales se observa la exostosis retrocalcánea grado 1 en la Unión osteo tendinosa de la cara posterior superior e inferior de ambos calcáneos^{10 11}. (Fig. 2a y 2b)



Fig. 2a



Fig. 2b

Conclusión

La evaluación clínica del paciente es la herramienta que tenemos para abordar un diagnóstico de las patologías musculares y esqueléticas. Esta evaluación comienza con la observación, el interrogatorio, la palpación del tejido, la evaluación de las retracciones locales, y la corrección o reequilibración de los segmentos óseos implicados en el síntoma. Los estudios complementarios confirmaron el diagnóstico. Con la ganancia de flexibilidad de la cadena postero inferior disminuyó el dolor durante la práctica deportiva, solicitando con menor intensidad al tendón de Aquiles en su inserción osteo tendinosa, pero la exostosis no desapareció, y al palpar la zona donde se encontraba la misma el dolor se manifestaba como una puntada intensa. La palpación, durante la postura de tratamiento, confirmó una vez más el diagnóstico clínico.

¹ Catoggio. Soriano. Imamura. Santos. Enfoque diagnóstico del Dolor Musculoesquelético. Dolor de Tobillo y Pie. Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación Dr. Pedro Catoggio para el progreso de la Reumatología.

² Astrom M, Rausing A. Chronic Achilles tendinopathy. A survey of surgical and histopathologic findings. Clin Orthop 1995; (316): 151-64.

³ Khan KM, Cook JL, Maffulli N, Kannus P. Where is the pain coming from in tendinopathy? It may be biochemical, not only structural, in origin. Br J Sport Med 2000; 28 (5).

⁴ Evaluación en RPG. 3er. semana de Formación de Base en RPG. Prof. Julieta Rubinetti. Buenos Aires. 2006.

⁵ Idem 2

⁶ Idem 1

⁷ Griffiths RI. Shortening of muscle fibres during stretch of the active cat medial gastrocnemius muscle: the role of tendon compliance. J Physiol 1991; 436:219-36

⁸ Trestik CL, Lieber RL. Relationship between Achilles tendon mechanical properties and gastrocnemius muscle function. J Biomech Eng 1993; 115 (3):225-30

⁹ Idem 1

¹⁰ Morris KL, Giacomelli JA, Granoff D. Classifications of radiopaque lesions of the tendon Achilles. J Foot Surg 1990;29:533.

¹¹ Abordaje quirúrgico de la exostosis retrocalcánea. Óscar Álvarez-Calderón Iglesias, Ricardo Becerro de Bengoa, Marta Losa, Fernando Galán, Ana Blanco.