

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ROTURA INSERCIONAL DEL TENDÓN DE AQUILES: A PROPÓSITO DE UN CASO

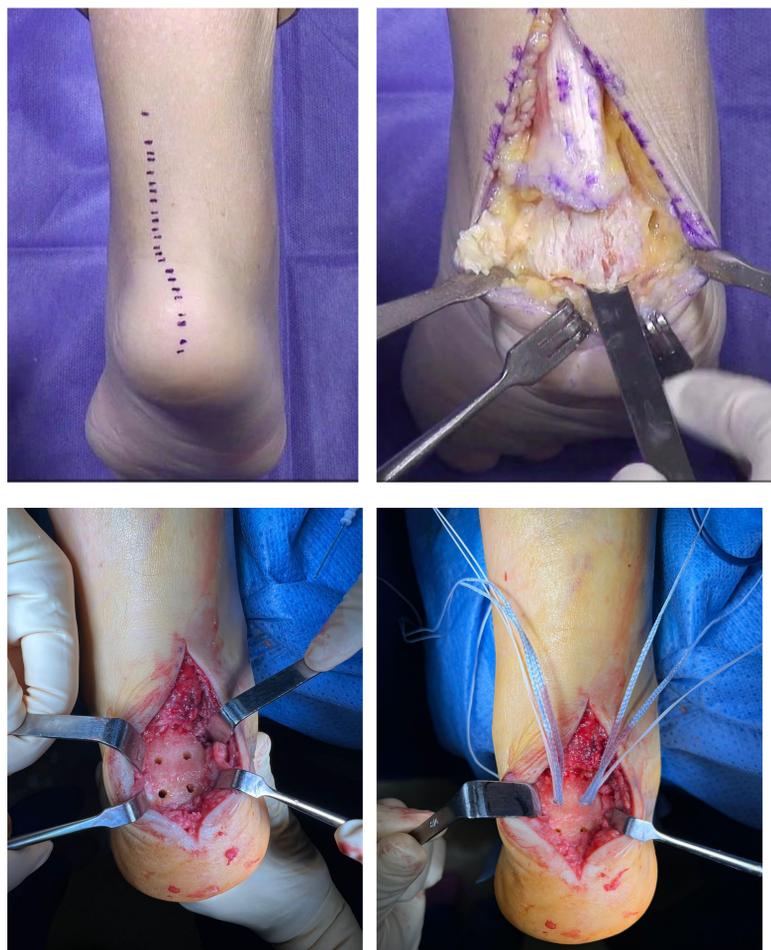
Jiménez Nava, C; Sierra Madrid, P.J ; Galera Durán, A; Plasencia Hurtado de Mendoza, A; Sánchez Santiuste, M.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid)

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es describir el tratamiento con sutura de anclaje de doble hilera para la rotura **insercional** del tendón de Aquiles.

MATERIAL Y MÉTODOS



Presentamos a un varón de 50 años con dolor en inserción aquilea izquierda desde hace 1 año, que refiere sensación de **pedrada** y dolor en región insercional tras realizar un salto. En la exploración se observa un **gap** muy distal, signo de **Thompson patológico** y signo de **Brunet positivo**.

Se intervino mediante abordaje paratendinoso medial, observándose un **arrancamiento insercional** del tendón de Aquiles. Se realizó disección del tejido restante insercional, desbridamiento del tendón, sección con sierra de la tuberosidad posterosuperior del calcáneo y resección de la bursitis retroaquilea. Posteriormente se hicieron 4 perforaciones con configuración cuadrangular para **reanclar** el tendón con 2 suturas tipo **FibrTape** (Arthrex) en conformación de reloj de arena con doble hilera de anclaje a hueso, sin nudos.

Se colocó férula suropédica en equino, que a las 3 semanas se cambió por ortesis Walker con cuñas de equino hasta las 10 semanas.

RESULTADOS

A los 5 meses el paciente no ha presentado complicaciones, apenas tiene molestias en región insercional y tiene una flexión dorsal y plantar **completas** incluso contra resistencia.

CONCLUSIONES

La ruptura del tendón de Aquiles suele producirse en la región menos vascularizada, a unos 3-6 cm de su inserción en calcáneo. En nuestro caso se trata de lo que en inglés denominan "**sleeve avulsion**", un arrancamiento sin fragmento óseo susceptible de fijación, ni suficiente remanente tendinoso para realizar una reparación tendón-tendón. Estos casos son infrecuentes, suelen relacionarse con **tendinopatía insercional previa** y suponen un reto a la hora de reanclarlos.

Es también de extraordinaria importancia reconocer estas lesiones para poder **planificar** adecuadamente la cirugía.

La técnica que describimos ofrece como ventaja una construcción biomecánicamente más fuerte gracias a la doble hilera. Además, el tipo de sutura utilizada proporciona una mejor tracción y menor porcentaje de desgarros, así como la ausencia de nudos facilita la cicatrización. Según literatura consultada, esta técnica es una excelente opción para los arrancamientos del Aquiles en pacientes con tendinopatía insercional, con muy buenos resultados funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abarquero-Diezhandino A, Vacas-Sánchez E, Hernanz-González Y, Vilá-Rico J. Estudio de los resultados clínico-funcionales de la calcaneoplastia abierta y reparación tendinosa con sistema de cinta y doble hilera en el tratamiento de la tendinopatía insercional del tendón de Aquiles. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 2021;65(1):47-53.
2. Hoffman J, Gupta S, Amesur A, Anthony T, Winder RP, Chan H, et al. Achilles tendon rip-stop SpeedBridge repair. Arthrosc Tech [Internet]. 2021;10(9):e2113-20.
3. Mahan J, Damodar D, Trapani E, Barnhill S, Nuno AU, Smyth NA, et al. Achilles tendon complex: The anatomy of its insertional footprint on the calcaneus and clinical implications. J Orthop [Internet]. 2020;17:221-7
4. Kearney R, Costa ML. Insertional achilles tendinopathy management: a systematic review. Foot Ankle Int [Internet]. 2010;31(8):689-94.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA