

Algoritmo terapéutico en caso de exóstosis de Haglund

Sr. Director:

En el grupo de patologías conocidas como talalgias, los espolones o exóstosis del calcáneo son las más prevalentes en Atención Primaria. Genéricamente los espolones están relacionados con el exceso de tracción de una estructura tendinosa en su inserción ósea o por microtraumatismos de repetición, dando lugar a la formación de una calcificación de la aponeurosis que produce rigidez de la misma.

Desde el punto de vista anatómico, el calcáneo es el hueso más prominente del pie. Su desarrollo consta de un núcleo de osificación primario presente desde el nacimiento y un núcleo secundario posterior con forma de media luna, causante de talalgias en niños de entre 7 a 10 años. Posee dos caras articulares, una superior para el astrágalo y una anterior para el cuboides. La cara posterior del calcáneo se expande en sentido descendente y es el sitio donde se aloja la inserción del tendón de Aquiles. La tuberosidad posterior del calcáneo en su cara inferior es el único punto que se apoya en la superficie y por ello es esta zona la que se presenta con un entramado óseo reforzado para la resistencia de la carga corporal y la tracción que ejercen estructuras tendinosas como el tendón de Aquiles y la fascia plantar, tan importante para la dinámica humana. La deformidad de Haglund, es una prominencia ósea que se produce en el borde posterosuperior del calcáneo y se aprecia como un aumento de los tejidos en la región posterosuperior del calcáneo a nivel de la inserción del tendón de Aquiles (1).

El dolor del retropié es un motivo de consulta muy frecuente en la práctica clínica habitual, con una prevalencia que oscila entre el 4% y el 21%, siendo superior en mujeres jóvenes (debido al

uso de calzado con tacón alto) en una proporción de 2:1. Los factores etiológicos son:

- Se trata de una variedad morfológica del calcáneo.
- El roce externo o interno a nivel de la cara posterior del talón normalmente con el borde superior o contrafuerte del calzado junto con un ángulo posterosuperior de la tuberosidad del calcáneo.
- La presencia de pies cavos genera una mayor tensión del sistema Aquileo-plantar.

Habitualmente desencadena una bursitis superficial y una bursitis retrocalcánea y consecuentemente una tendinitis a nivel de la inserción tendinosa. En la piel pueden aparecer higromas o formación quística rellena de líquido (2).

Las manifestaciones clínicas son dolor por presión y/o fricción de la zona infratendinosa Aquilea que se agudiza con los calzados muy ajustados o de contrafuerte rígido y con la dorsiflexión de tobillo durante la marcha o carrera.

El diagnóstico se fundamenta en: la clínica, la exploración física (palpando la tuberosidad o tumoración posterosuperior del calcáneo, edema local) y la radiografía lateral del tobillo (3). Se debe establecer un diagnóstico diferencial, ya que puede confundirse o asociarse a: tendinopatía aquilea, entesopatías metabólicas (gota), artritis reumatoide, espondilitis anquilosantes, hiperqueratosis, bursitis retroaquilea o fascitis plantar (4).

El algoritmo terapéutico en la exostosis de Haglund:

- La primera línea de elección se basa en reposo de la zona Aquileo-calcánea (abarcando desde la bipedestación estática hasta la dinámica, limitando la actividad funcional de la musculatura posterior de la pierna). En este primer escalón terapéutico hay que complementar el reposo con antiinflamatorios no esteroideos y una modificación del calzado que aborde la presión y/o fricción en la zona posterosuperior del calcáneo, recomendándose un contrafuerte almohadillado que no quede muy ajustado y si fuese necesario con una ventana o hendidura que libere la presión local de modo transitorio. El uso de taloneras o plantillas con descarga del sistema Aquileo-calcáneo-plantar, relajan la musculatura implicada y mejora la sintomatología. Hay autores que indican estiramientos de la cadena muscular posterior como terapia física que produce una mejora significativa en la clínica o tratamientos a través de dispositivos de ondas de choque extracorpóreas, aunque no son estudios con una evidencia elevada(5).
- Como abordaje secundario, se puede pautar la infiltración de sustancias medicamentosas (corticoides, anestésicos, ácido hialurónico, etc.) que disminuyan y mejore la sintomatología, si no hay mejoría clínica tras la primera línea de acción. La introducción de medicación debe practicarse con precaución por el riesgo de lesionar el tendón de Aquiles y por ello convendría que fuese administrada por profesionales experimentados e incluso es recomendable su aplicación guiada por ecografía.
- Finalmente si fracasa la vía conservadora, se puede tratar quirúrgicamente con cirugía de mínima incisión que libere la presión que ejerce la exostosis posterosuperior del calcáneo con el tendón de Aquiles. Clásicamente se realizan incisiones paratendinosas desde la zona medial, lateral o combinadas. La tendencia actual es el tratamiento de estas patologías mediante el uso de técnicas mínimamente invasivas (endoscópica y percutánea). Hay autores que evidencian, la dificultad de conseguir con estos abordajes una visión completa de estas lesiones, y los resultados obtenidos no siempre son del todo satisfactorios. Es lógico pensar que las complicaciones relacionadas con este tipo

de técnicas sean secundarias a una limitada visibilidad intraoperatoria. En cambio, el abordaje en cuatro transaquileo ó abordaje posterior abierta en transaquilea permite un acceso más fácil y una mayor visibilidad de las lesiones, con excelentes resultados postquirúrgicos y sin complicaciones. Este tipo de intervención consiste en una incisión en L (una incisión longitudinal, paralela y medial al tendón de Aquiles y otra incisión trasversa, perpendicular e inferior al tendón de Aquiles) que genera un colgajo y una vez retraído, se procede a realizar una incisión longitudinal media en el tercio distal del tendón de Aquiles obteniendo dos porciones tendinosas del mismo tamaño en cada lado. Se recomienda diseccionar cuidadosamente el espacio peritendinoso, con especial interés en mantener las inserciones laterales del tendón de Aquiles en el calcáneo para asegurar su estabilidad. A continuación se procede a la resección ósea expuesta, tras retraer las dos porciones tendinosas; se sutura el tendón y se aplica una férula inmovilizadora posterior. Este método debe ser practicado por facultativos que manejen la técnica ampliamente y en el medio quirúrgico adecuado (6).

Un paciente varón de 48 años acude a consulta de Atención Primaria por presentar una lesión ampollosa y de contenido líquido serohemático en la parte posterior del talón izquierdo (Figura 1). Manifiesta una molestia previa en una tumoración de unos 8 meses de evolución que progresivamente ha ido en aumento variando desde el edema inicial hasta la prominencia indurada actual, con una ampolla localizada en la zona media del talón que le dificulta calzarse y realizar sus actividades cotidianas con normalidad y sin dolor. No padece patologías previas ni traumatismos relacionados. En la exploración se objetiva: bultoma de consistencia sólida en región posterior del talón, movilidad y fuerza de la articulación del tobillo conservada y compatible con la normalidad, pies cavos sin alteraciones que hayan requerido de tratamiento ortopédico. Se solicita prueba de imagen radiológica de proyección lateral para confirmar la prominencia ósea posterosuperior del calcáneo compatible con exostosis de Haglund.

Se realiza una interconsulta a enfermería. En primer lugar se desinfecta la piel, a continua-

ción se drena la ampolla mediante la aspiración del contenido serohemático con jeringa de 5 ml y aguja 20G, extrayendo 3 ml. Se preserva la piel para obtener un mecanismo protector del lecho, se aplica antiséptico local (solución de povidona yodada al 10%) con torunda de gasa y se cubre con apósito antiadherente de bordes adhesivos. El facultativo prescribe inicialmente reposo, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante 7 – 10 días, modificación del calzado que libere de presión en el talón y estiramientos de la musculatura posterior de la pierna, además del seguimiento por su enfermero para las curas locales de la ampolla hasta su curación. Se indica al paciente que deberá acudir a consulta transcurridos 15 días para ser evaluado de nuevo y valorar una posible derivación al servicio de Traumatología y estudio de la relación con el pie cavo o la necesidad de cirugía.

Figura. Ampolla en la región posteroinferior medial del talón izquierdo con hiperqueratosis de la piel perilesional. Erosión con hiperemia posterosuperiorcalcánea coincidiendo con prominencia sólida en la inserción del tendón de Aquiles



Bibliografía

1. Leal Serra, V. Sistema Aquileo Calcáneo Plantar. Biomecánica. 2010;18(2):35-43.
2. Codina Santolaria J, Edo Llobet M, Marín Cop M, de la Rosa Fernández M, di Felice Ardente P. Vía de abordaje posterior en cuatro trans-Aquilea en el síndrome doloroso del retropié: Haglund, pump bump y tendinitis calcificante del tendón de Aquiles. Rev. Pie Tobillo. 2014; 28(1):48-55.
3. Jiménez Martín F, Alonso Valdazo MD, Díaz Peña G, Fernández Leroy J, Hernández Herrero D, Díaz García F. Síndrome de Haglund. A propósito de 2 casos. Reumatol Clínica. 2016.
4. Bueno Palomino A, García Sánchez E, Alfaya Jiménez AM, Mora Artiga E. Síndrome de Haglund con espolón calcáneo postero-superior asociado: a propósito de un caso. Rehabilitación. 2016; 50(1):50-3.
5. Schunck J, Jerosch J. Operative treatment of Haglund's syndrome. Basics, indications, procedures, surgical techniques, results and problems. Foot Ankle Surg. 2005; 11(3):123-30.
6. Bearth L, Leumann A, Farkas G, Tamborrini G. Haglund-Deformität: Bursitis subachillea und Haglund-Exostose - eine Übersicht. Sports Orthop Traumatol Sport-Orthop - Sport-Traumatol. 2015; 31(1):18-26.

Juárez Jiménez M¹V1,
De La Cruz Villamayor JA2,
Baena Bravo AJ3

¹Médico de familia. CS de Mancha Real (Jaén)

²Enfermero. CS de Alcaudete (Jaén). Graduado en Podología

³Enfermero. CS de Martos (Jaén). Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com