

Roturas inveteradas del Tendón de Aquiles: Protocolo Quirúrgico y Rehabilitador

Moreno Rivelles, J; Serrano Reche A; Lopez Mateu P.

Servicio de COT Hospital Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La ruptura del tendón de Aquiles clásicamente concebida como entidad poco frecuente es una patología asociada a regiones desarrolladas e íntimamente ligada a la realización de la práctica deportiva de tal modo que en un 75% de los casos se suele producir mientras se practica deporte con balón y también otros deportes caracterizados por aceleraciones y deceleraciones bruscas durante su práctica, como por ejemplo, el esquí.

El diagnóstico normalmente se realiza mediante la anamnesis y la exploración física. Las roturas traumáticas pueden clasificarse en agudas, aquellas diagnosticadas en un primer momento, y crónicas, como aquellas que se diagnostican a las 2-4 semanas tras la lesión. En las lesiones agudas el pronóstico es mejor ya que nos encontramos una menor alteración del peritendón y por tanto una mayor capacidad de reparación mientras que en las crónicas existen unos cabos tendinosos más separados y afilados que dificultan técnicamente la reparación mediante la cirugía.

Valorando el tratamiento quirúrgico observamos que aporta mejores resultados funcionales, menor tiempo de inmovilización (reduciendo así la atrofia muscular) y menor tasa de rupturas. Por el contrario el tratamiento ortopédico evita las complicaciones de la cirugía (infección, dehiscencia de la sutura, etc).

Roturas inveteradas del Tendón de Aquiles: Protocolo Quirúrgico y Rehabilitador

Moreno Rivelles, J; Serrano Reche A; Lopez Mateu P.

Servicio de COT Hospital Dr. Peset. Valencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan 30 casos intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica de reconstrucción del tendón de Aquiles con la técnica de tenoplastia de inversión doble del gastrocnemius. De los 30 casos, 22 fueron varones y 8 mujeres, 17 casos en el lado derecho y 13 en el izquierdo, la edad media fue de 46 años con un tiempo de seguimiento medio de 18 meses.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos siguiendo la escala de retropie de Kitaoka y por la opinión subjetiva de los pacientes fueron los siguientes: excelentes en el 50% de los casos, buenos en un 25% de los casos, regulares en un 15% de los casos y malos en un 10% de los casos, obteniendo un 90% de resultados favorables.

Los resultados subjetivos mostraron 15 pacientes muy satisfechos, 7 satisfechos con reserva, 5 poco satisfecho y 3 paciente no satisfecho.

CONCLUSIÓN

Mediante esta técnica obtenemos una reconstrucción lo más anatómica posible y con una potencia suficiente de la estructura reparada como para prevenir las refracturas, y evitando las lesiones yatrogénicas del nervio sural

Roturas inveteradas del Tendón de Aquiles: Protocolo Quirúrgico y Rehabilitador

Moreno Rivelles, J; Serrano Reche A; Lopez Mateu P.

Servicio de COT Hospital Dr. Peset. Valencia.

PROTOCOLO RHB POSTQ-TENDÓN AQUILES

El protocolo consiste en la aplicación progresiva y acumulativa de tratamientos, siguiendo las fases reparativas del tendón:

Fase 1; Inflamación.

- Electroterapia analgésica y antiinflamatoria (Ultrasonidos, TENS,
- Electroestimulación, corrientes galvánicas, Crioterapia, iontoforesis,...)
- Uso ortesis (tipo taloneras)
- Masoterapia cicatriz y terapia manual
- Movilizaciones activas asistidas en flexo-extensión y trabajo subastragalino.
- Estiramiento tríceps sural con rodilla en flexión
- Propioceptivos

Fase 2; Reparación

- Inicio masaje despegamiento cicatriz
- Potenciación progresiva
- Aumento progresivo de carga, con carga parcial desde la 2^a-4^a semana
- Añadir Estiramientos excéntricos tríceps sural en cadena cinética cerrada con rodilla en extensión (step-strech).

Roturas inveteradas del Tendón de Aquiles: Protocolo Quirúrgico y Rehabilitador

Moreno Rivelles, J; Serrano Reche A; Lopez Mateu P.

Servicio de COT Hospital Dr. Peset. Valencia.

Fase 3; Remodelación del colágeno

-Al tratamiento de la fase anterior se añade la carga máxima para facilitar la correcta alineación de las fibras colágenas.

Fase 4; Maduración cicatriz

-Reintroducción progresiva de la actividad deportiva previa.

BIBLIOGRAFÍA

BOSWORTH DM. Repair of defects in the tendo Achilles. J. Bone Joint Surg Am 1956; 38:111.

ABRAHAM E, PANKOVICH A. Neglected rupture of the Achilles tendon. Treatment by V-Y tendinous flap. J. Bone Joint Surg Am 1975; 57:253.

LINDHOLM A. A new method of operationsubcutaneaus rupture of the Achilles tendon. Acta Chir Scand 1959; 117:261.