

RE-ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES EN UN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANE LARRAZABAL MARURI

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El tendón de Aquiles, a pesar de ser el más fuerte y grueso del organismo, tiene una incidencia anual de **rotura de 37-50 por 100.000 personas**. La tasa de **re-rotura** varía en función del tratamiento previo, con una incidencia algo mayor en los tratados de forma **conservadora**.

El objetivo es presentar el caso de un paciente que tras una reparación quirúrgica del tendón de Aquiles sufre una re-rotura en 2 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 39 años que acudió a Urgencias por dolor brusco en zona posterior del tobillo derecho tras subir un escalón. A la exploración presentaba dolor, tumefacción y signo del hachazo en tendón de Aquiles con Thompson positivo.

Hace 2 meses había sido intervenido de rotura completa del mismo tendón de Aquiles **mediante sutura termino-terminal percutánea con sistema Tenolig**, donde se obtuvo equino fisiológico.

Solicitaron una **resonancia magnética** donde se observó rotura del trayecto supracalcáneo del tendón de Aquiles en tercio medio con **separación** de los **cabos** tendinosos de **2 cm**.

Ante los hallazgos descritos se realizó tratamiento quirúrgico mediante **desbridamiento de los bordes de los cabos, elongación V-Y para sutura termino-terminal con sutura tipo Bunnell con Ethibon del 5 y sutura continua con dexton 2/0**. Además, refuerzo con **sutura del delgadito plantar**. Se inmovilizó con férula posterior en equino.



1. RM: Rotura supracalcáneo de tendón de Aquiles con separación de cabos de 2 cm.
2. Disección y desbridamiento de tendón de Aquiles hasta encontrar tejido sano proximal y distal.

RESULTADOS

Tras un día el paciente fue dado de alta en descarga. Tras 6 meses el paciente realiza **dorsiflexión y flexión plantar simétrica y marcha punta-talones sin dolor**.



1. Medición de gap existente en flexión plantar máxima de tobillo.
2. Incisión en V invertida en zona proximal + punto tipo Krakow en cabo proximal y distal + sutura de ambos en flexión plantar máxima.

CONCLUSIONES

Actualmente, los estudios muestran que la **reparación quirúrgica** del tendón de aquiles se asocia a **reducción en la tasa de re-rotura** en comparación con el tratamiento conservador. La **re-rotura** se produce mayoritariamente en **varones**, primeros **2 meses** de la reparación y tras **actividades de baja energía**.

La **resonancia magnética** es útil para el diagnóstico ya que permite ver la separación de los cabos tendinosos así como su integridad.

En cuanto al tratamiento, existen numerosas opciones, siendo la reconstrucción mediante **avance VY** una de las más empleadas en re-roturas con gaps mayores de 2cm, permitiendo la anastomosis de extremo a extremo y la curación anatómica del tendón con disminución mínima de la fuerza de flexión plantar.