

INFECCIÓN INTRATENDINOSA EN CONTEXTO DE TENDINOPATÍA AQUÍLEA NO INSERCIONAL

Azulay Lara C, López Capapé D, Verbree Bullejos CE, Flores Acosta JM, Fernández Lozano E.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga).

OBJETIVOS

En el tratamiento actual de patologías del sistema musculoesquelético se utilizan **técnicas invasivas**, tanto en Fisioterapia (Punción seca, EPI o EPTE) como en Medicina y Traumatología (infiltraciones de corticoides, Plasma Rico en Plaquetas (PRP), ácido hialurónico y otros). Aunque poco frecuentes, puede haber infecciones tras dichas técnicas. El **diagnóstico puede ser difícil**.

El objetivo es presentar un caso de **infección intratendinosa en una tendinopatía aquílea como hallazgo intraoperatorio, debido a que ni la clínica ni las pruebas de imagen la sospecharon**.



Figura 1.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente varón de 34 años jugador de fútbol con dolor y tumefacción en zona aquílea recurrente en relación con práctica deportiva. Ha recibido varios tratamientos, incluyendo fisioterapia invasiva con EPI, sin mejoría. Inicialmente, se decide manejo conservador mediante infiltración ecoguiada con PRP de forma peri e intratendinosa.

Posteriormente, el paciente persiste con la clínica, sin asociar eritema ni fiebre ni aumento de temperatura local. En la ecografía se aprecian zonas hipocóicas y aumento de señal intratendinosa (*figuras 1 y 2*); y en la RMN no se observan hallazgos sugerentes de infección.

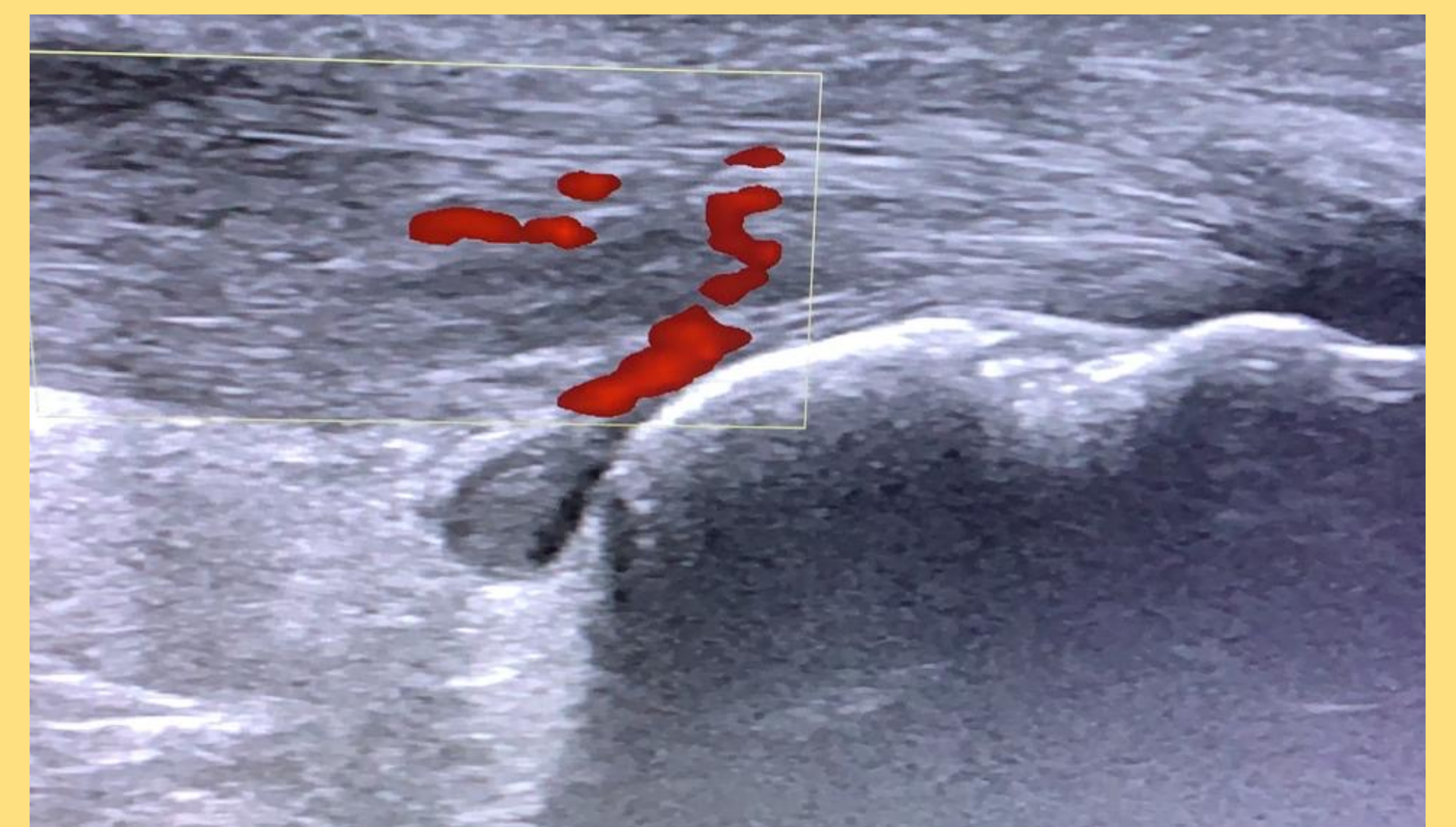


Figura 2.

RESULTADOS

Ante la **mala evolución clínica es intervenido** del tendón de Aquiles con diagnóstico de tendinopatía no insercional con rotura intratendón. Se objetiva rotura longitudinal del mismo y una **colección intratendinosa con contenido purulento** (*figuras 3 y 4*). Se realiza desbridamiento, limpieza, toma de muestras y sutura tubulizando el Aquiles (*figura 5*). Se coloca férula suropédica posterior. Se administra tratamiento antibiótico vía intravenosa y posteriormente vía oral. Se aísla Staphylococcus aureus sensible a oxacilina.

La **evolución del paciente ha sido satisfactoria**, no presentando complicaciones de la herida quirúrgica, sustituyendo la férula por un Walker a las 2 semanas. A los 6 meses, ha recuperado su actividad habitual sin limitación de funcionalidad ni recurrencia.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

CONCLUSIONES

Los procedimientos invasivos en Medicina y Fisioterapia no están exentos de complicaciones. Una de ellas puede ser la infección intratendinosa, de ahí la importancia de realizar las técnicas invasivas en condiciones estériles. Dado que es una patología infrecuente, se debe tener un **alto índice de sospecha** cuando se descartan otras entidades. Este caso demuestra que la infección puede desarrollarse con cambios en ecografía y en resonancia similares a los de la patología de base, de forma que el diagnóstico es más complejo.

Todos los autores de este trabajo declaran la ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA:

- Konda SR, Gyftopolous S, Dayan A. Late Intratendinous Abscess of the Achilles Tendon Complicating Surgical Repair: A Case Report (2010). Foot Ankle Int. 2010 Dec;31(12):1118-21.
- Saglam N, Akpınar F. Intratendinous Septic Abscess of the Achilles Tendon after Local Steroid Injection. J Foot Ankle Surg. 2009 Sep-Oct;48(5):565-8.