

# revistapodologia.com

N° 80 - Junio 2018

Revista Digital de Podología  
*Gratuita - En español*

14° PodoSur 2018  
20-22 Oct  
Uruguay



Asociación de Técnicos en  
Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

Montevideo  
Playa Pocitos

# SILICONAS PODOLÓGICAS

innovación y Garantía



**DENSIDAD MUY BLANDA**



**DENSIDAD BLANDA Y ELÁSTICA**



**DENSIDAD MEDIA / DURA**

Laboratorios Herbitas dispone de una gama muy amplia de siliconas para uso podológico. Las más conocidas y usadas son las que utilizan catalizador para su fraguado, **BLANDA BLANDA**, **PODIABLAND** y **SERIE MASTER**, según la dureza que se quiera conseguir.

Fáciles de trabajar, no se pegan a la mano y pueden mezclarse entre ellas. Incluyen componentes exclusivos, como el Biomaster como agente biocida y fungicida y el Hydroxiprolisilane, que actúa como agente reparador de la epidermis.

También disponemos de otros modelos de dos componentes-A+B- que funcionan sin catalizador. La nueva **ORTHOTICA**, un modelo de silicona A+B de más dureza, indicada para ortesis más correctoras y en niños. Por su calidad son exportadas tanto a Europa como a América.



Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Moli) · 46134 Foios VALENCIA (Spain)  
export@herbitas.com · www.herbitas.com

# revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 80

Junio 2018

## Director

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

## ÍNDICE

Pag.

- 5 - Tratamiento Ortopodológico del Dolor Lumbar en Podología Deportiva.  
*Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. España.*
- 11 - Vía de abordaje posterior en cuatro transaquilea en el síndrome doloroso del retropié: Haglund, pump bump y tendinitis calcificante del tendón de Aquiles.  
*J. Codina Santolaria, M. Edo Llobet, M. Marín Cop, M. de la Rosa Fernández, P. di Felice Ardente. España.*

**Revistapodologia.com**

**Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.**

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

*La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.*



# NUEVA GAMA DE EVAS DE CALIDAD PREMIUM

# EVASTAR

NUEVA GAMA DE EVAS DE CALIDAD PREMIUM

**AL MEJOR  
PRECIO**

Presentamos la nueva gama de materiales de EVA, **EVASTAR Calidad Premium**. Están diseñados y fabricados con los últimos procedimientos, y las mejores materias primas, con el fin de conseguir la máxima calidad. Calidad Premium. La diferencia se nota en el acabado, pero sobre todo en la calidad del material: mejor memoria, más densidad.

Disponibles en varios grosores y colores, y en liso y perforado.

El material **EVASTAR Rebolastic**, además, es un material innovador de gran memoria, amortiguador, ideal para el forrado de las plantillas, a las cuales proporciona una textura y confort extraordinarios.



[www.herbitas.com](http://www.herbitas.com)

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Molí) · 46134 Foios VALENCIA (Spain)  
E-mail: [export@herbitas.com](mailto:export@herbitas.com) · [www.herbitas.com](http://www.herbitas.com)

  
**Herbitas**  


# Tratamiento Ortopodológico del Dolor Lumbar en Podología Deportiva.

Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. *España.*

*“El presente trabajo pretende demostrar que en el ámbito deportivo la intervención de los podólogos, con ayuda de fisioterapia y masaje, obtienen unos elevados porcentajes de curación tanto sobre el síndrome doloroso como sobre las causas de aparición de la patología lumbar”.*



El dolor lumbar en sí no es un padecimiento de extrema gravedad, pero sí es el de mayor frecuencia el ser humano. Se calcula que el 80% de la población

ha tenido en algún momento de su vida un dolor lumbar de consideración, y este tanto por ciento es similar en la práctica deportiva.

## ÍNDICE

- 1- INTRODUCCION
- 2- CONCEPTOS GENERALES
- 3- DOLOR LUMBAR
- 4- EXPLORACIÓN
- 5- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- 6- TRATAMIENTO ORTOPODOLOGICO
- 7- CONCLUSIONES
- 8- BIBLIOGRAFÍA

## 1.- INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar en sí no es un padecimiento de extrema gravedad, pero si es el de mayor frecuencia del ser humano. Se calcula que el 80% de la población ha tenido en algún momento de su vida un dolor lumbar de consideración, y este tanto por ciento es similar en la práctica deportiva.

Al ser una patología de porcentajes tan elevados, los conocimientos clínicos sobre la misma



deben ser lo más amplios posibles, no descartando de antemano ningún tipo de alternativa de curación.

Hay que tener en cuenta que un 40% de pacientes con lumbalgia evolucionaran incluso sin ningún tipo de tratamiento hasta ceder los síntomas de su patología, generalmente por coincidir con una etapa de mejoría natural (mecanismo de autodefensa del propio organismo); un 20% se solucionan al instaurar un tratamiento de tipo médico, sobre todo el síndrome de dolor; el 40% restante pasará a ser tratado por un especialista médico, reumatólogo, neurólogo, traumatólogo, neurocirujano, etc. Además, el 50% de los casos tratados son recidivas, es decir, que de no encontrar una solución con carácter definitivo vuelve el síntoma de dolor.

## 2.- CONCEPTOS GENERALES

Debo aclarar una serie de conceptos terminológicos con relación al dolor lumbar por su significación incompleta y limitada:

### LUMBAGO

Dolor agudo e intenso en región lumbar.



**LUMBALGIA:** Dolor lumbar no intenso pero crónico.



**CIÁTICA:** Dolor en dorso del muslo, pierna y pie, siguiendo el trayecto del nervio ciático, ocasionado por la inflamación del mismo.



**LUMBOCIÁTICA:** Participación sintomática concomitante de lumbago y ciática.



**CIÁTICA RADICULAR:** Es la llamada ciática verdadera. Se produce por inflamación de una o varias raíces nerviosas del nervio ciático, con déficit funcional y con trastornos neurológicos por lesión nerviosa.



**CIÁTICA REFERIDA:** Dolor referido sin lesión nerviosa y por consiguiente sin déficit neurológico funcional. El dolor es ocasionado por irritación de estructuras esqueléticas de alguna manera de las raíces del nervio ciático. En conclusión, es un dolor que se nota en distinto lugar al de donde se produce la lesión.



### 3.- DOLOR LUMBAR

El dolor es el síntoma más frecuente de todos los que sufren los y las deportistas con padecimiento lumbar, aunque hay otra serie de síntomas de similar importancia, como paresia y analgesia localizada en un lugar específico del miembro inferior.

La sensación dolorosa es un mecanismo de defensa del organismo; no voy a extenderme sobre las vías de mecanismos del dolor, su fisiología ni su íntima relación con el sistema nervioso, solo diré que el dolor es un fenómeno que está ahí como un reto y que para la persona que lo padece, aunque no todas las personas lo perciben igual, representa un verdadero calvario.

La sensibilidad dolorosa puede ser superficial, profunda o visceral.

El dolor lumbar propagado puede ser irradiado o referido, y su área dolorosa de propagación en el miembro inferior, según sea la inervación sensitiva afectada, cutánea o muscular, L4, L5, S1...

En concreto cuando se trata de un dolor lumbar bajo, lumbago o dolor de riñones, se le denomina lumbalgia, y la causa más común que desencadena este dolor son las disimetrías de los miembros inferiores, que ocasionan un trabajo descompensado de los músculos, que en sus inserciones lumbares causan el síntoma doloroso.

### 4. - EXPLORACIÓN

Tras realizar una buena anamnesia, debemos realizar una exploración pautada, ya que un error puede conducirnos a un diagnóstico incorrecto. Comenzaremos por inspeccionar los signos y seguiremos con pruebas de palpación y movilización. Por último, y por medio de maniobras, valoraremos los resultados.

En bipedestación por la espalda se observará la columna en todo su trayecto, si hay desviaciones y a que nivel, si hay actitud de escoliosis, etc. Si



el paciente adopta una ligera flexión de la columna lumbar sin curva de compensación superior y que al sentarse desaparece, se trata de una escoliosis funcional secundaria a tracciones descompensadas de los músculos en sus inserciones vertebrales; si no desaparece al sentarse se trata de una escoliosis estructural por alteraciones óseas.

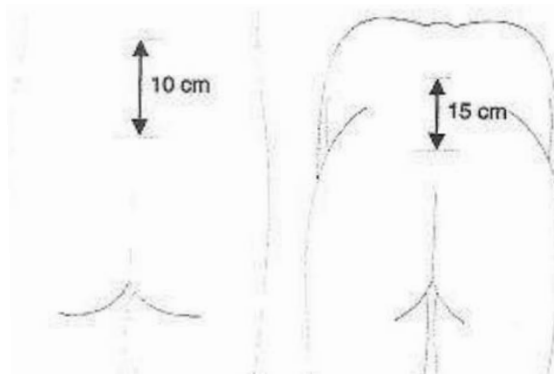
También en bipedestación observaremos pelvis, caderas, muslos, piernas, rodillas, tobillos y pies.

Palparemos los puntos dolorosos y su localización, comprobaremos temperatura, induraciones, estado muscular, puntos de resorte, etc.

Realizaremos una serie de maniobras o pruebas:

#### SCHOBER

Con el fin de explorar la movilidad lumbar. Paciente en bipedestación. Se señala con rotulador la apófisis espinosa de L5 y con una cinta métrica hacemos una señal 10 centímetros más arriba. Sujetamos la cinta en esta última señal y pedimos al paciente que flexione; en un estado de movilidad normal aumentará la flexión entre 3 y 4 centímetros más de la señal inicial.



#### GOLDTHWAIT

El paciente estará en decúbito supino. Tomamos con la palma de la mano el talón del paciente y levantamos la pierna teniendo colocada nuestra otra mano en la región lumbar; si hay dolor al elevar y moverse la columna la prueba es positiva de dolor funcional no neurológico.





COBLENTZ MEDICAL BLADES INDUSTRY



LAMES GOUGES STÉRILES  
STERILE GOUGE BLADES  
LAME PER SGORBIE STERILI  
STERILE HOHLMEISSEL KLINGEN  
HOJAS GUBIAS ESTERILES



ACIER INOXYDABLE  
STAINLESS STEEL



Ser uno de nuestros  
distribuidores en América :  
[contact@cz-mbi.com](mailto:contact@cz-mbi.com)

**CZ-MBI**

49650 ALLONNES - FRANCE  
[www.cz-mbi.com](http://www.cz-mbi.com)  
[contact@cz-mbi.com](mailto:contact@cz-mbi.com)

STERILE R

CE  
0459



### LASEGUE

Con el paciente en decúbito supino, tomamos el talón con nuestra palma de la mano y se eleva. Si hay dolor entre los 20° y 40° es positivo, quiere decir que a la elongación inferior de las raíces ciáticas existe una lesión de las mismas.



### FLEXIÓN DORSAL DE LOS PIES

El paciente puede estar sentado o en decúbito supino. Haciendo oposición con nuestras palmas de la mano aplicadas sobre la cara dorsal del antepié, se le indicara que flexione dorsalmente primero un pie y después el otro. La deficiencia motora indica déficit en la conducción de la raíz L5.



### FLEXIÓN PLANTAR DE LOS PIES

Igual que la flexión dorsal sólo que se realiza plantar. Si hay que oponer menor resistencia en uno de los pies, hay déficit motor, es decir, indica lesión en el ámbito de la raíz S1.



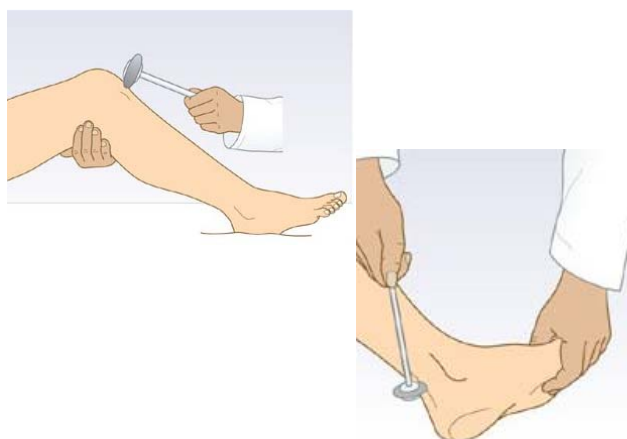
### FLEXIÓN PLANTAR DE LOS DEDOS GORDOS DEL PIE

En la misma posición oponemos resistencia a la flexión con nuestro dedo pulgar. Si hay menor resistencia en uno de los dedos gordos, hay déficit motor, lo que indica lesión motora en la raíz S1.



### REFLEJO ROTULIANO Y AQUILEO POR PERCUSIÓN

Se realiza percutiendo con el martillo de reflejos el tendón. La falta de respuesta del rotuliano indica lesión en la raíz de L4, y la falta de respuesta del tendón de Aquiles, lesión raíz S1.



### TONO MUSCULAR DE LOS MÚSCULOS GEMELOS

Se realiza con el paciente en bipedestación, comprimiendo ambos tendones de Aquiles en su inserción en el calcáneo con nuestros pulgares. Es positiva si uno se deprime con diferencia al otro, ya que se trataría de una lesión que comprime las fibras que circulan a través de la raíz L1. Su ausencia no descarta la presencia de radiculitis.



## 5.- DIAGNÓSTICO

Con los datos anteriores realizaremos un diagnóstico diferencial de una posible disimetría con otras causas de dolor lumbar como espondil, artritis anquilosante, espondilitis infecciosa lumbar, descalcificaciones vertebrales, distrofias óseas, hernias de disco, tumores o traumatismos vertebrales, coccigodinia, etc. descartándolas con ayuda de pruebas complementarias radiológicas, scanner, resonancias magnéticas, o informe de diagnóstico previo realizado por un especialista.

La mayoría de las lumbalgias están ocasionadas por escoliosis, síndrome de pelvis basculada, y este síndrome siempre es secundario a disimetrías de los miembros inferiores, que son la causa real. Las disimetrías ocasionan una disfunción del conjunto armónico vertebral con torsiones, lateralizaciones y flexo-extensiones anormales, las cuales producen una hiperfunción muscular que conduce a la aparición del síndrome doloroso.

Para llegar al diagnóstico certero de disimetría de los miembros inferiores realizaremos una serie de pruebas:

**Disimetría real:** Medición con cinta métrica desde la espina iliaca antero-superior al maléolo interno de cada pie.

**Disimetría virtual:** Medición con cinta métrica desde el ombligo al maléolo interno de cada pie.

**Longitud de cada fémur:** Medición con cinta métrica en bipedestación pidiendo al paciente que flexione, y lateralmente veremos la longitud.

**Longitud de tibias:** Medición visual con el paciente en bipedestación.

**Vasculación de la pelvis:** Por medio de pelvímetro, elevando en el talón del miembro disimétrico corto, con un alza de la medida necesaria para su nivelación.

**Tele radiografía de pelvis y columna total:** En bipedestación y carga, en caso de duda como confirmación al diagnosticar.

## 6.- TRATAMIENTO ORTOPODOLÓGICO

Se realizará por medio de soportes plantares, teniendo en cuenta que en deportistas con sólo poner un alza de talón o un soporte en toda la planta del miembro disimétrico corto, no se logra realizar un correcto tratamiento.

La realidad es que suele conducir a la aparición de otras patologías como fascitis plantares, esguinces de tobillo y rodilla, sobrecargas, roturas de tendones o músculos tanto totales como

parciales y un largo etc.

Los soportes se efectúan por medio de componentes, con medias plantillas solo hasta la raíz de los dedos, con materiales de bajo peso transpirables y lavables, con elementos que conserven la memoria en los deportistas. Salvo casos muy aislados nunca emplearemos almendras ni barras para el metatarso.

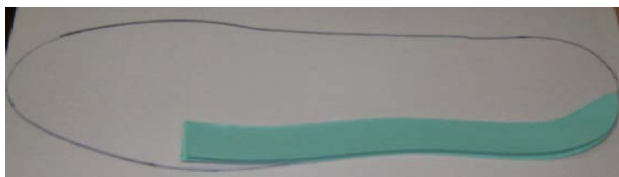
Tras realizar un estudio de la marcha, podoscopio y fotopodograma.

En los casos de pies cavo con genu en paréntesis de rodillas, y al tratarse de una disimetría por diferencia de longitud tibial por tener una tibia más curvada que la otra, se realizarán los siguientes soportes plantares con:

ALIS B = Arcos longitudinales internos blandos.



CPRR SD = Cuñas pronadoras del recorrido semi duras.



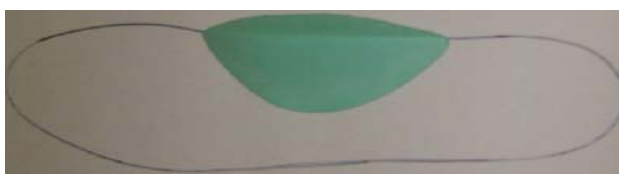
ALZ = Alza del talón en el miembro asimétrico corto, dura y de la altura que iguale la disimetría.



En los casos de pies pronados o planos generalmente cursan con disimetría de fémur y genu de rodillas en x.

Realizaremos los siguientes soportes plantares:

ALIS SD = Arcos longitudinales semiduros.



CS1SEG SD = Cuñas de los primeros segmentos semi duras.



C1SEGSD D = Cuña primer segmento semi dura pie derecho.



CSST SD = Cuñas supinadoras de talones semi duras.



CSTD D = Cuña supinadora de talón derecho dura.



ALZ = Alza en el talón del miembro corto; dura, que regule la disimetría.



CPMP SD I = Cuña pronadora de mediopié semi dura pie izquierdo.

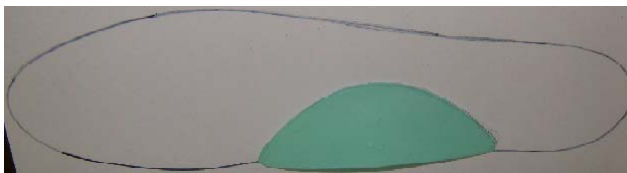


En los casos de un pie plano o pronado y el otro pie normal, se trata de una disimetría provocada por dicho pie plano o pronado, en ocasiones con laxitud ligamentosa del tobillo.

El otro pie con mucha frecuencia realiza la marcha en supinación. Pongamos como ejemplo que el pie plano sea el derecho.

Realizaremos los siguientes soportes plantares con:

ALISD D = Arco longitudinal interno semi duro pie derecho.



ALIB I = Arco longitudinal interno blando pie izquierdo.



ALZ = Alza que compense la disimetría en caso de ser necesaria.



Hay casos de disimetrías ocasionadas por algún componente músculo-esquelético como fracturas óseas de huesos largos del miembro inferior, anquilosis articulares, etc.

En estos casos realizaremos los soportes plantares según el tipo de pie, con los componentes antes mencionados y el alza de talón en el miembro disimétrico corto como corrección.

Todos estos tratamientos ortopodológicos para corregir la causa del dolor lumbar en el ámbito deportivo se complementan con tratamiento fisioterápico de masaje, realizado por el profesional titulado correspondiente.

## 7.- CONCLUSIONES

Tras el seguimiento del tratamiento con soportes plantares efectuado a los deportistas con dolor lumbar por disimetría en sus miembros inferiores, en un 90% de los casos se solucionó la sintomatología dolorosa sin tener ningún nuevo proceso, un 5% ha tenido recidivas y con

ligeras correcciones en los soportes vuelven a ser asintomáticas, y en el 5% restante el tratamiento no logró solucionar el problema.

Por mi experiencia puedo afirmar sin ningún temor a equivocarme, que el tratamiento ortopodológico con soportes plantares para las lumbalgias de origen disimétrico en deportistas es el tratamiento de elección.

**Dr. Miguel Guillén Álvarez**

Profesor de la Universidad Complutense de Madrid, y de la Universidad de Saint Louis (USA).  
Doctor en Medicina Pediátrica y en Ciencias de la Salud.  
Master en Marketing, Educación para la Salud y Periodismo Sanitario.  
Titulado en Enfermería, Podología, Fisioterapia y Dirección General de Empresas.  
Especialista en Medicina Deportiva, Análisis Clínicos, Tabaquismo, Pediatría y Cuidados Médico Quirúrgicos.

**Bibliografía:**

Clínicas ortopédicas de Norte América, editorial Médica Panamericana, años 1985, 1986, 1988, 1993, 2001.

Daniels, Pruebas funcionales musculares, Editorial Interamericana 1995.

Guillén Álvarez M. L. Podología Deportiva, Editorial Interamericana 1991.

McRae R. Examen ortopédico Clínico, Editorial Salvat S.A. 1987.

Marques Jesús, El dolor lumbar, Edita Laboratorios Pensa 1987.

Orts Llorca, Anatomía Humana, Editorial Científico Médica 5ª edición 1979.

Valente Valentí, Ortesis del pie, Editorial Panamericana S.A. 1979.

Yale I. Podología Médica, Editorial JIMS, primera edición 1978.

# 14° PodoSur 2018

## 20-22 Oct

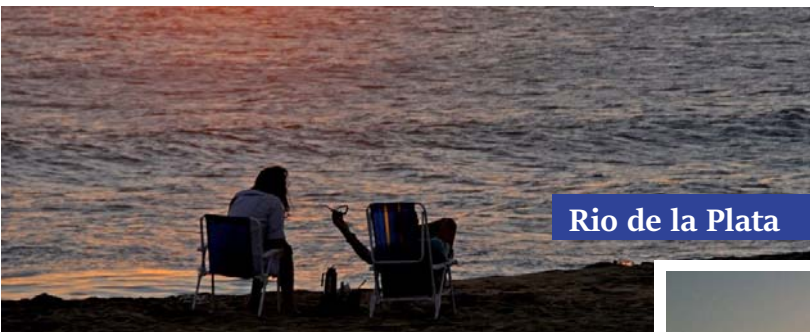
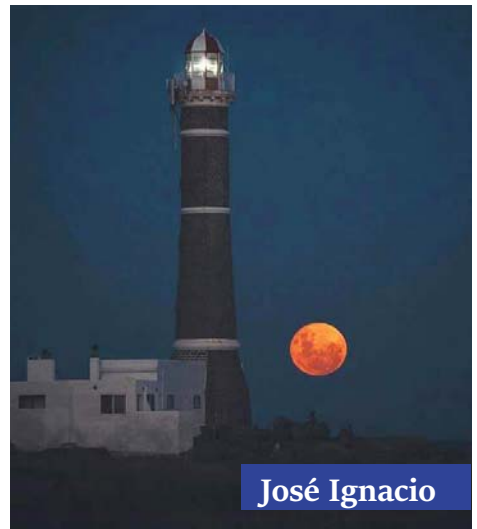
## Uruguay



Asociación de Técnicos en  
Podología del Uruguay

[info@podologos.com.uy](mailto:info@podologos.com.uy) - [www.podologos.com.uy](http://www.podologos.com.uy)

Uruguay es >>>>



y también es: **PODOLOGIA** >>>>o

**14° PodoSur 2018**  
20-22 Oct  
Uruguay

Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

The block contains a graphic with a map of South America where Uruguay is highlighted in blue. To the right is the logo of the Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay (A.T.P.U.), which features a stylized figure and the text "Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay". Below the graphic is the contact information: "info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy".



## Organiza:

Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay  
info@podologos.com.uy  
www.podologos.com.uy

Local del congreso: PALLADIUM BUSINESS HOTEL



Localizado a dos cuadras de la Rambla Armenia, en la Bahía del Buceo y a dos del Montevideo Shopping Center.  
www.palladiumhotel.com.uy

# 14° PodoSur 2018

## 20-22 Oct

### Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

### Conferencistas extranjeros. Temas del congreso y cursos post.

#### Pdgo. Carlos D. Melchor Morfín - México

Técnico Profesional en Podología.  
Coordinador de la Carrera de Podología y profesor titular del Instituto Americano.  
Delegado de la Fede. Mx. de Pdgos. y Podiatras A.C.  
Disertante en Congresos Internacionales en Perú, Chile, Cuba y México.



**Tema de la conferencia:** El ABC del desbridamiento que ayudarán al proceso de cicatrización.  
**Tema del curso post:** Desbridamientos. Casos clínicos interesantes.

#### Pdgo. Daniel Barbeito Fernandez - España

Grado en Podología. Universidad de A Coruña.  
Experto en Podología Deportiva y Ecografía. UEM.  
Máster en Podología Pediátrica. Univ. de Barcelona.  
Pdgo. del AD Alcorcon y del Mutua Madrid Open de Tenis.  
Podólogo deportivo y pediátrico en Clínica PodoAxis.



**Tema de la conferencia:** Las patologías más comunes en Podología Infantil. Exploración, Casos clínicos y nuevos tratamientos.  
**Tema del curso post:** Exploraciones en niños. Con pacientes en vivo.

#### MSc. Lic. Miriam Mesa Rosales - Cuba

Lic. en Tecnología de la Salud en Perfil de Podología.  
Prof<sup>a</sup> de la Univ. de Ciencias Médicas de La Habana.  
Prof<sup>a</sup> Ppal de Podología en la Universidad Rectora de Ciencias Tecnológicas de la Salud FATESA.  
Asesora Nacional de Podología.



**Tema de la conferencia:** La podología en Cuba.  
**Tema del curso post:** Manejo integral del pie del diabético.

#### M.Sc. Dr. Alberto J. Quirantes Moreno - Cuba

Médico especialista en Endocrinología y en Medicina General Integral.  
Master en Investigación en Aterosclerosis.  
Prof Aux Univ de Ciencias Médicas de La Habana.  
Miembro de la Sociedad Cubana de Endocrinología.  
Miembro de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica.



**Tema de la conferencia:** Fisiopatología del pie del diabético.  
**Tema del curso post:** Manejo integral del pie del diabético.

#### Licenciado Gustavo Güerzoni - Argentina

Lic. en Kinesiología y Fisiatría.  
Diplomado en Reeduación Postural Global.  
Especializado en Biomecánica.  
Fisioterapeuta de Tenistas Profesionales.  
Director de RS Scan Latam.



**Tema de la conferencia:** Biomecánica y uso de plataformas para en el análisis del pie en posición estática y dinámica así como su relación con otras estructuras como la rodilla, la cadera o la columna.

#### Pdga. Clara Elba Izcurdia - Paraguay

Pdga por la Fac. de Medicina de la Univ. de Buenos Aires.  
Coordinadora y Docente de la Carrera de Tecnicatura Superior en Podología de la FCM-UNA.  
Especialista Univ. en Pie Diabético Univ. de Extremadura.  
Socia Fundadora de la Aso. Paraguaya de Pie Diabético.  
Pdga de la Unidad de Pie Diabético del Htal de Clínicas.



**Tema de la conferencia:** Anatomía de superficie del pie. Conocimiento fundamental para su correcto tratamiento.  
**Tema del curso post:** Alteraciones anatómicas del pie por el al calzado.

La inscripción al congreso incluye: **CENA SHOW** el día Domingo 21 en las **Bodegas Fallabrino**.



La **Cena Show** incluye: **degustación de parrilla con variedad de carnes, open bar de refrescos y Vinos Finos Fallabrino, show de tango y discoteca con pantalla gigante.**

### Empresas expositoras



www.orthopauher.com



CONCIENCIA POR LA VIDA



PROMOFARMA  
Por una Medicina de Calidad  
Al alcance de Todos

## FARMANUARIO

LABORATORIO DÉRMICO FARMACÉUTICO



# Vía de Abordaje Posterior en Cuatro Transaquílea en el Síndrome Doloroso del Retropié: Haglund, Pump Bump y Tendinitis Calcificante del Tendón de Aquiles.

J. Codina Santolaria, M. Edo Llobet, M. Marín Cop, M. de la Rosa Fernández, P. di Felice Ardenete.  
Unidad de Pie y Tobillo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Fundacio Althaia Xarxa Asistencial  
Universitaria de Manresa (Barcelona). **España.**

Actualmente existe la tendencia a utilizar técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento del síndrome doloroso del retropié. En nuestro servicio, preferimos utilizar la vía de abordaje posterior abierta en cuatro transaquílea, dado que permite una mejor visualización de las lesiones presentes a este nivel.

Este tipo de abordaje concede al cirujano poder realizar con mayor facilidad y precisión la técnica quirúrgica con una tasa muy baja de complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Retropié. Haglund. Cirugía abierta. Aquiles.

## POSTERIOR TRANS-ACHILLES TENDON "FOUR SHAPED" APPROACH FOR PAINFUL HINDFOOT SYNDROME: HAGLUND, PUMP BUMP AND CALCIFYING TENDINITIS OF ACHILLES TENDON

Currently, there is a trend towards the use of minimally invasive techniques for the treatment of posterior heel pain. In our hospital, we prefer to use the tendon splitting approach through a four-shaped cutaneous incision. It provides a better visualization of retrocalcaneal space. This type of surgical approach allows an easier and complete surgery with a very low complication rate.

**KEY WORDS:** Hindfoot. Haglund. Open surgery. Achilles tendon.

## INTRODUCCIÓN

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%(1). Es mucho más frecuente en deportistas y en la población de mediana edad. Existen diferentes causas de dolor en el área posterior del talón.

Entre las patologías más comunes que encontramos a este nivel destacamos: la deformidad de Haglund, que es una prominencia ósea en el borde posterosuperior del calcáneo; el pump bump, que se define como una exostosis presen-

te con mayor frecuencia en la cara posterolateral del calcáneo; y la tendinitis calcificante insercional del Aquiles (TCIA), que representa una forma de tendinosis insercional degenerativa(2).

Para el tratamiento quirúrgico de estas patologías se han descrito técnicas quirúrgicas con distintas vías de abordaje. Clásicamente se realizan incisiones paratendinosas desde el lado medial, lateral o combinadas(3). La tendencia actual es el tratamiento de estas patologías mediante el uso de técnicas mínimamente invasivas (endoscópica y percutánea)(4).

En nuestra opinión, es difícil 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, que condiciona un acceso limitado a las diferentes áreas del retropié.

El abordaje en cuatro transaquíleo, en cambio, nos permite un acceso más fácil y una mayor visibilidad de las lesiones, con excelentes resultados posquirúrgicos y sin complicaciones.

## INDICACIONES

Inicialmente se intentará siempre realizar un tratamiento de tipo ortopédico (utilización de zapatos abiertos en el retropié, uso de taloneras, ejercicios de estiramiento, inyecciones locales de esteroides y terapia de ondas de choque extracorpóreas)(5,6).

En caso de fracaso del tratamiento conservador o de persistencia de los síntomas, es recomendable proceder al tratamiento quirúrgico(7).

En estos casos, nosotros preferimos el abordaje transaquíleo como primera opción quirúrgica para el tratamiento de las patologías del retropié previamente mencionadas (Haglund, pump bump, TCIA), que se pueden presentar de manera aislada o combinada. También lo empleamos

como método de rescate en pacientes ya intervenidos mediante otras técnicas, que presentan dolor residual secundario a un mal resultado posquirúrgico.

### CONTRAINDICACIONES

Entre las contraindicaciones cabe mencionar la presencia de infecciones, enfermedades vasculares periféricas, alteraciones cutáneas significativas y deformidades óseas secundarias a traumatismos o cirugías previas. Consideramos contraindicaciones relativas las enfermedades reumáticas y la obesidad(8).

### VENTAJAS

- Mejor visualización de las lesiones localizadas en las diferentes áreas del calcáneo
- Facilidad de acceso y resección de las exostosis y de la tuberosidad posterossuperior
- Facilidad de reinserción transósea del tendón de Aquiles
- Preservación de las inserciones laterales del tendón de Aquiles, respetando las características anatómicas del mismo
- Riesgo limitado de lesionar estructuras vasculonerviosas
- Mínimas complicaciones postoperatorias

### INCONVENIENTES

- Tiempo de recuperación más largo que con la cirugía mínimamente invasiva
- Riesgo de complicación de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia, necrosis, hipertrofia)

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Antes de la entrada del paciente en quirófano, se recomienda una cuidadosa preparación de la piel y un primer lavado prequirúrgico.

Tras la administración de anestesia (general o regional) y la colocación de un manguito de isquemia a nivel del tercio mediodistal del muslo ipsilateral, se procede a la colocación del paciente en decúbito prono con la extremidad en extensión. Dejamos que el pie sobresalga de la mesa quirúrgica manteniendo una actitud en equino moderado. A continuación se realiza la preparación del campo quirúrgico mediante el uso de tallas estériles convencionales para el miembro inferior.

Es aconsejable marcar con un rotulador la incisión en cuatro, que se realizará a nivel del retropié, intentando que la línea horizontal de la incisión coincida o sea paralela a las líneas cutáneas

de tensión (Figura 1).

Se practica una incisión posterior en cuatro, con el brazo proximal de la misma situado en el lado medial, para evitar lesiones del nervio sensitivo sural. La dirección será de proximal y medial hacia distal y lateral, aunque puede modificarse en caso de que sea necesario intervenir en otra área diferente. El ángulo de intersección entre las líneas longitudinales y la transversal no puede ser menor de 90° y la incisión se realizará de forma curvilínea.

Es importante levantar dos colgajos cutáneos completos hasta visualizar el tendón de Aquiles. Se referencian los dos colgajos mediante puntos de sutura colocados en el vértice de cada colgajo, lo cual permite una mejor separación y visualización del espacio subyacente (Figura 2).



Figura 1. Incisión cutánea en cuatro.  
Figure 1. The four-shaped cutaneous incision.



Figura 2. Colgajos cutáneos completos.  
Figure 2. Full thickness cutaneous flaps.



UNHAS  
SAUDÁVEIS  
EM TODOS OS  
MOMENTOS



## LINHA ONICOUNHA

EM TODOS OS MOMENTOS DA VIDA, MERECEMOS TER UNHAS SAUDÁVEIS E ANDAR LIVREMENTE COM OS PÉS MARAVILHOSOS. O ONICOUNHA É ANTIFÚNGICO DE AMPLO ESPECTRO, QUE AJUDA A COMBATER ONICOMICOSSES E AUXILIA NA HIDRATAÇÃO E RECUPERAÇÃO DAS UNHAS.

PEÇA JÁ O SEU!

47 3222-3068 | [www.inadermocosmeticos.com.br](http://www.inadermocosmeticos.com.br)

**ina**  
dermocosméticos

No debe realizarse, de ninguna manera, una disección del tejido subcutáneo para evitar desvascularizar ese tejido y provocar una posible necrosis secundaria.

A continuación, 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 (Figura 3). Se recomienda efectuar una cuidadosa disección del espacio peritendinoso, con especial atención en mantener las inserciones laterales del tendón de Aquiles en el calcáneo para asegurar su estabilidad.

La ventaja que ofrece este tipo de abordaje consiste en una visión amplia y completa del retropié con posibilidad de ampliar nuestro campo de visión hacia los recesos alrededor del tendón, tanto medial como lateral, de manera equiparable.

En los casos de deformidad de Haglund (Figuras 4 y 5), la incisión longitudinal tendinosa no debe prolongarse muy distalmente; simplemente tiene que permitirnos acceder de manera adecuada a la tuberosidad posterosuperior del calcáneo donde se sitúa la prominencia. De esta manera, procedemos a resear la prominencia ósea mediante el uso de un escoplo o de una sierra eléctrica (Figuras 6 y 7).

Utilizamos de manera sistemática radiografías intraoperatorias para controlar que la resección ósea haya sido la adecuada. Después de la resección, aplicamos cera ósea en la superficie ósea para prevenir sangrados postoperatorios. En caso de exostosis posterolaterales o posteromediales (pump bump) se actúa de la misma manera.

Cuando estamos ante un caso de TCIA (Figuras 8 y 9), la incisión longitudinal tendinosa debe prolongarse más distalmente hasta el punto de inserción del tendón. Es necesario marcar esta zona para determinar exactamente el punto de reinserción del tendón con arpones. A continuación, se resecan las calcificaciones (Figuras 10 y 11) y se comprueba el correcto estado del tendón.

En algunos casos de tendinosis calcificante, es necesario realizar un desbridamiento del tendón degenerado como consecuencia de la inflamación. Esto permitirá reducir el riesgo de rotura y mejorar el proceso de cicatrización. Cuando se interviene un caso de TCIA, hay que resear de forma sistemática la prominencia posterosuperior (Haglund) sin que necesariamente exista sintomatología asociada. El objetivo, en este caso,



Figura 3. Incisión longitudinal transaquílea.  
Figure 3. Tendon splitting approach.



Figura 4. Deformidad de Haglund  
(imagen radiológica).  
Figure 4. Haglund's deformity (radiology).



Figura 5. Deformidad de Haglund (imagen clínica).  
Figure 5. Haglund's deformity (clinical aspect).



Figura 6. Resección de la tuberosidad posterosuperior del calcáneo.  
Figure 6. Excision of the postero-superior calcaneal tuberosity.



Figura 9. Tendinitis calcificante insercional del Aquiles (imagen radiológica).  
Figure 9. Achilles insertional calcific tendinosis (radiology).



Figura 7. Tuberosidad posterosuperior reseçada.  
Figure 7. Postero-superior calcaneal tuberosity excised.



Figura 10. Resección de calcificaciones intratendinosas en la inserción del Aquiles.  
Figure 10. Calcifications removal at the insertion of the Achilles tendon.



Figura 8. Tendinitis calcificante insercional del Aquiles (image clínica).  
Figure 8. Achilles insertional calcific tendinosis (clinical aspect).



Figura 11. Calcificaciones intratendinosas en la inserción de Aquiles reseçada.  
Figure 11. Achilles insertional calcifications removed.

Turmas especiais  
aos fins de semana.



do@ina

# CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde  
dos pés em  
suas mãos

47 3037.3068

[www.inainstituto.com.br](http://www.inainstituto.com.br)

Rua Hermann Hering, 573  
Bom Retiro // Blumenau // SC

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação  
de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual  
nº 4.102 de 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 040 em 28/04/2008)

**INA**  
INSTITUTO  
Educação no seu tempo

es evitar la irritación repetida del tendón de Aquiles.

Una vez terminada la fase de resección de las calcificaciones, es necesario reinsertar el tendón en la zona que hemos marcado previamente(2). Habitualmente, utilizamos dos o tres arpones con agujas viudas para pasar la sutura. Realizamos una técnica de sutura de dentro hacia fuera y, con el pie en dorsiflexión neutra, conseguimos una tensión y un posicionamiento correctos de los dos hemitendones (Figuras 12-14).

Finalmente, se procede a la sutura continua de la incisión longitudinal media del tendón de Aquiles, utilizando siempre Vicryl del n.º 2, de proximal a distal (Figura 15).

Otro punto muy importante a tener en cuenta es el cierre cutáneo. Es recomendable suturar inicialmente los vértices de los dos colgajos para dar simetría y correcta tensión al resto de la piel (Figura 16). A partir de aquí se aplican puntos sueltos con sutura no reabsorbible (Ethilon® n.º 2).

Al terminar la intervención, el tobillo se inmoviliza con una férula de yeso posterior que mantiene el pie en ligera flexión plantar para disminuir la tensión a nivel del tendón de Aquiles.

### CUIDADOS POSTOPERATORIOS

A las 24-48 horas de la intervención se realiza la primera cura postoperatoria. Si la evolución es correcta, se da de alta al paciente y se le cita en 1 semana para realizar una nueva cura y valorar el estado del talón.

A las 2 semanas se retira la férula posterior de yeso, se retiran los puntos y se sustituye por una botina compresiva de yeso, recomendando la deambulación con dos muletas y la elevación de la pierna en descanso. De manera sistemática se realiza tratamiento analgésico y anticoagulante (Figura 17).

En nuestro centro, mantenemos los pacientes en descarga durante 6 semanas. Al finalizar este periodo de tiempo, se retira la botina compresiva y el paciente puede empezar a realizar una carga parcial y progresiva de la extremidad. Es recomendable que el paciente siga un programa de rehabilitación funcional que permita una recuperación más rápida con menor riesgo de complicaciones. En la mayoría de los pacientes, el retorno a la actividad física se consigue, aproximadamente, a los 3 meses.



Figura 12. Reinserción con arpones del tendón de Aquiles.

Figure 12. Reattachment of Achilles with bone anchors.



Figura 13. Resultado final de la reinserción con arpones (imagen clínica).

Figure 13. Reattachment with bone anchors: final outcome (clinical aspect).



Figura 14. Resultado final de la reinserción con arpones (imagen radiológica).

Figure 14. Reattachment with bone anchors: final outcome (radiology).

## NUESTRA CASUÍSTICA

Revisamos 16 pacientes intervenidos mediante la vía de abordaje posterior en cuatro transaquílea, en los últimos 3 años en nuestro servicio. Estudiamos la edad, el sexo, la lateralidad, el tipo de patología de retropié doloroso que presentaban, las pruebas complementarias de imagen, la técnica quirúrgica realizada, la valoración funcional de la AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society [Sociedad Americana de Ortopedia del Pie y del Tobillo]) y las complicaciones.

Los resultados muestran un predominio de estas lesiones en pacientes de sexo masculino de mediana edad. En todos nuestros pacientes realizamos la vía de abordaje posterior en cuatro transaquílea.

Seis pacientes se diagnosticaron de TCIA y se les practicó exéresis de las calcificaciones con resección de la deformidad de Haglund, asociada a una reinserción del tendón de Aquiles. Diez pacientes se diagnosticaron de deformidad de Haglund aislada y se realizó una resección de la misma.

Todos los pacientes presentaron una correcta evolución con mejoría del dolor y una reincorporación rápida a la vida laboral y a la actividad física. No encontramos ninguna complicación mediante el empleo de esta técnica.

## CONCLUSIONES

El dolor en el retropié abre la puerta a un amplio abanico de patologías. La importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial resulta esencial antes de indicar cualquier tipo de tratamiento. Cuando el tratamiento ortopédico no consigue mejorar los síntomas es recomendable proceder al tratamiento quirúrgico.

El uso de técnicas percutáneas ha conseguido muchos seguidores gracias a una menor agresividad sobre los tejidos blandos, menor tiempo quirúrgico y una recuperación más rápida(9,10). A pesar de haber experimentado un gran avance en estos últimos años, la cirugía percutánea sigue presentando resultados no del todo satisfactorios y parece estar contraindicada en pacientes que presentan cambios degenerativos en el tendón de Aquiles(11).

En cambio, la cirugía tradicional aporta seguridad a la hora de controlar los síntomas de esta patología. En este sentido, el abordaje en cuatro transaquíleo es, para muchos autores, superior al clásico abordaje paratendinoso lateral o medial(12,13), ya que permite una excelente



Figura 15. Sutura continua del tendón de Aquiles con Vicryl 2.0.

Figure 15. Repair of longitudinal Achilles incision with a 2.0 Vicryl running stitch.



Figura 16. Cierre cutáneo.  
Figure 16. Final skin closure.

exposición del campo quirúrgico y facilita un adecuado desbridamiento del tendón y una cómoda resección de las exóstosis calcáneas.

**Correspondencia:** Dr. Jordi Codina Santolaria  
Unidad de Pie y Tobillo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Fundacio Althaia Xarxa Asistencial Universitaria de Manresa c/ Dr. Joan Soler, 1-3. 08243 Manresa (Barcelona)  
Correo electrónico: jorcodina@telefonica.net  
Fecha de recepción: 17/05/2014

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vyce SD, Thomas EA, Mathews E, Perez SL. Painful prominences of the heel. *Clinics in podiatric medicine and surgery* 2010; 27 (3): 443-62.
2. Maffulli N, Testa V, Capasso G, Sullo A. Calcific insertional Achilles tendinopathy: reattachment with bone anchors. *Am J Sports Med* 2004; 32 (1): 174-82.
3. Patzkowski JC, Kirk KL, Orr JD, Waterman BR, Kirby JM, Hsu JR. Quantification of posterior ankle exposure through an Achilles tendon-splitting versus posterolateral approach. *Foot Ankle Int* 2012; 33 (10): 900-4.
4. Ortmann FW, McBryde AM. Endoscopic bony and soft tissue decompression of the retrocalcaneal space for the treatment of Haglund deformity and retrocalcaneal bursitis. *Foot Ankle Int* 2007; 28 (2): 149-53.
5. Lowdon A, Bader DL, Mowat AG. The effect of heel pads on the treatment of Achilles tendinitis: a double blind trial. *Am J Sports Med* 1984; 12: 431-5.
6. Furia JP. High energy extracorporeal shock wave therapy as a treatment for insertional Achilles tendinopathy. *Am J Sports Med* 2006; 34: 733-40.
7. McGarvey WC, Palumbo RC, Baxter DE, Leibman BD. Insertional Achilles tendinosis: surgical treatment through a central tendon splitting approach. *Foot Ankle Int* 2002; 23: 19-25.



Figura 17. Resultado final. Estado de la herida a las 6 semanas.

Figure 17. Wound clinical aspect 6 weeks after the operation.

8. Chang TJ. Master techniques in podiatric surgery: the foot and the ankle. Chapter 22. Bouché RT, McInnes B. Posterior heel pain: Haglund's deformity, pump-bump and Achilles insertional calcific tendinosis (TCIA).
9. Leitze Z, Sella EJ, Aversa JM. Endoscopic decompression of the retrocalcaneal space. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A (8): 1488-96.
10. Lohrer H, Nauck T, Dorn NV, Konerding MA. Comparison of endoscopic and open resection for Haglund tuberosity in a cadaver study. *Foot Ankle Int* 2006; 27: 445-50.
11. Kondreddi V, Gopal RK, Yalamanchil RK. Outcome of endoscopic decompression of retrocalcaneal bursitis. *Indian J Orthop* 2012; 46 (6): 659-63.
12. Anderson JA, Suero E, O'Loughlin PF, Kennedy JG. Surgery for retrocalcaneal bursitis a tendon splitting versus a lateral approach. *Clin Orthop Relat Res* 2008; 466: 1678-82.
13. Patzkowski JC, Kirk KL, Orr JD, Waterman BR, Kirby JM, Hsu JR. Quantification of posterior ankle exposure through an Achilles tendon-splitting versus posterolateral approach. *Foot Ankle Int* 2012; 33 (10): 900-4.

Materia extraída de la Revista del Pie y Tobillo • Tomo XXVIII, N.º 1, Junio 2014



# ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



# CURSO DE ATENDIMENTO PODOLÓGICO

## AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS E PODOGERIATRIA.

Atendimento em casas de repouso e na rede de atendimento do SUS.

 Início 19/05/2018

47 3037.3068  
inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573  
Bom Retiro // Blumenau // SC

**INA**  
INSTITUTO  
Educação no seu tempo



# CURSO TÉCNICO em Estética



Turmas especiais aos fins de semana

## EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

- Infra-estrutura completa.
- Aprovado pelo MEC e CEE/SC Par.396/05.
- Laboratório e biblioteca com acervo especializado.
- Dermocosméticos e aparelhos usados em grandes centros de estética.
- Turmas reduzidas.



47 3037.3068  
www.inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573  
Bom Retiro // Blumenau // SC

**INA**  
INSTITUTO  
Educação no seu tempo