

SÍNDROME DE HAGLUND

HAGLUND SYNDROME

Jugadora profesional de baloncesto de 27 años de edad que presenta dolor y tumefacción en el talón del pie derecho y dificultad al salto.

Como antecedente refiere clínica similar la temporada anterior debido a al cambio de las zapatillas deportivas. Diagnosticada de bursitis, recibe tratamiento con infiltración de corticoide.

La clínica actual destaca dolor después de la disputa de partidos a nivel de la inserción distal del tendón de Aquiles. En la exploración se aprecia un discreto aumento del tamaño del tendón en comparación con el contralateral conforme avanza la temporada.

Se practica diversas pruebas complementarias entre las que destacan:

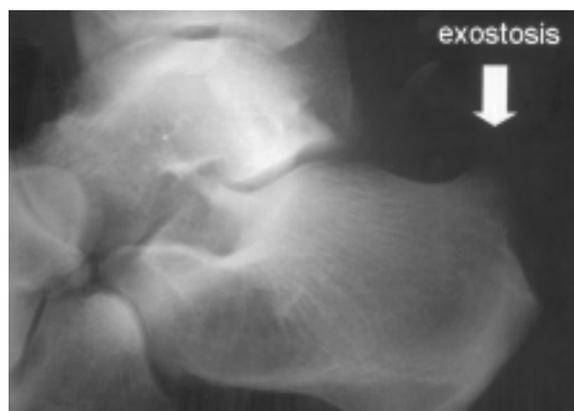


FIGURA 1. RX lateral pie patológico

R.X. lateral de pie donde se aprecia una exostosis del borde superior del calcáneo (Figura 1).

En comparación con la contralateral (Figura 2), también se practica estudio ecográfico donde se aprecia un aumento del tamaño y de la ecogenicidad del tendón y por último un estudio R.N.M. donde distinguimos un aumento de señal en el tendón y zonas peritendinosas (Figuras 3, 4, 5).



FIGURA 2. RX lateral pie normal

Luís M. Tárrega Tarrero¹
Estefanía Climent Ferri²
Javier Mundina Gomez³
Enrique Gastaldi Orquín⁴
Carlos Barrios Pitarque⁵

¹Médico Especialista en Medicina del Deporte y el Ejercicio Físico
²Fisioterapeuta
³Dr. En Ciencias de la Actividad Física y el Deporte
Profesor de la Universidad de Valencia
⁴Traumatólogo y cirujano ortopédico
Mutualidad General Deportiva Hospital 9 de Octubre
⁵Traumatólogo y cirujano ortopédico
Universidad de Valencia

CORRESPONDENCIA:

Luis M. Tárrega Tarrero
Médico Especialista en Medicina del Deporte y el Ejercicio Físico. Servicio Médico C.D. Castellón S.A.D.
Av. Germanias 14. 46740 Carcaixent
E-mail: lmtarrega@femedede.es. Tel. 610578464

Aceptado: 09-12-2004 / Caso Clínico nº 12

FIGURA 3. RNM potenciada en T₁, donde vemos como afecta al tendónFIGURA 4. RNM potenciada en T₂, donde se aprecia la exostosis

Con el diagnóstico de Síndrome de Haglund comienza el tratamiento paliativo con fisioterapia asistida, taloneras bilaterales, crioterapia tras entreno y partidos. Al finalizar la temporada se practica tratamiento quirúrgico (exostosectomía de la tuberosidad posterior con extirpación de la bolsa serosa preaquilea Figura 6, Figura 7) consistente en la exéresis del calcáneo. También se inmoviliza la articulación durante 3 semanas y comienza la deambulacion progresiva y asistida pasado este tiempo. Continua con tratamiento fisioterápico propio de

FIGURA 5. RNM secuencia GR T₂

una tendinitis aquilea. Posteriormente se restablece el grosor tendinoso y desaparecen las molestias.

SÍNDROME DE HAGLUND

Dentro del grupo genérico de patologías conocidas como talalgias, varias son las causas siendo de entre ellas las exostosis o espolones de las más frecuentes. El origen de ellos es la tracción excesiva o microtraumatismos repetidos, también puede ser la calcificación de la aponeurosis y a su vez de la musculatura corta plantar. Las exostosis pueden ser postero-externas o posterosuperiores.

Síndrome descrito en 1928.

Etiología

Más frecuentes en mujeres jóvenes (debido al uso de calzado con tacón alto).

Algunos autores hacen referencia a que sea una variedad morfológica del calcáneo.



FIGURA 6.- Momento quirúrgico, vía de abordaje

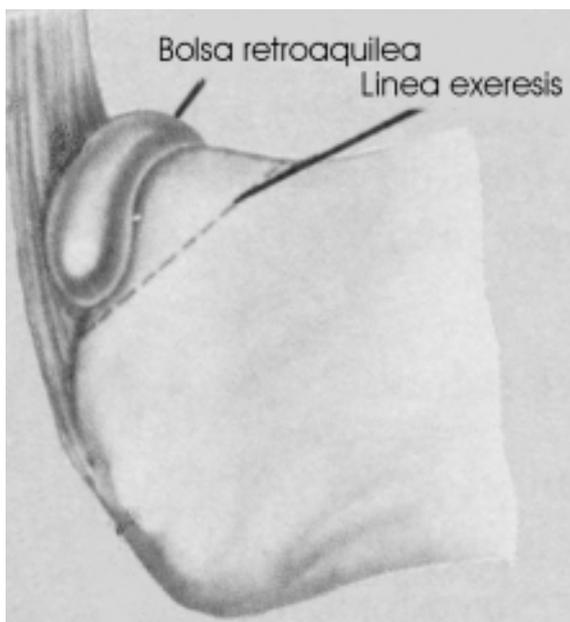


FIGURA 7. Técnica quirúrgica. Línea de exéresis

Un roce externo o interno a nivel de la cara posterior del talón normalmente con el borde superior o contrafuerte del calzado deportivo junto con un ángulo posterosuperior de la tuberosidad del calcáneo favorece el desarrollo de la patología. Desencadena una bursitis superficial y también una bursitis retrocalcánea

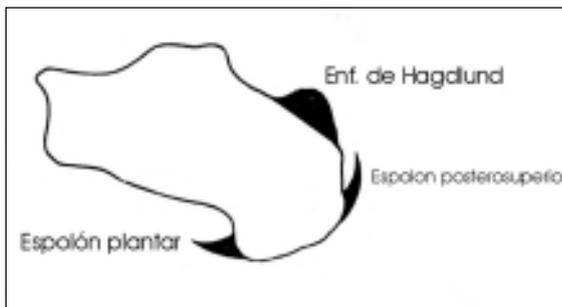


FIGURA 8.- Diferentes etiologías de las talalgias



FIGURA 9. RX lateral tras intervención

y consecuentemente una tendinitis a nivel de la inserción tendinosa. En la piel podemos encontrar higromas.

La clínica dolorosa se acentúa con la deambulacion, la presión del calzado y la flexión dorsal del tobillo. También podemos encontrar toda la sintomatología característica de una tendinitis aquilea.

El tratamiento de elección en un primer momento consiste en reposo, modificación del calzado y AINEs. En cuanto a las infiltraciones hay que tener especial precaución por la lesión del tendón de Aquiles, por lo que no son un tratamiento claramente de elección. Si persiste la clínica o provoca un roce a nivel tendinosa se hace necesaria la intervención quirúrgica.

B I B L I O G R A F I A

1. Danowski R. *Traumatología del deporte*. Ed. Masson. 1992;211-5.

2. Fernández Fairen M, Azkagorta X. Cuadernos de traumatología del deporte. España Ed. JIMS 1994;101-7.

3. **Kulund D.** Lesiones del deportista. Ed. Salvat. 1990;523-4.
4. **Baxter D.** *Clinics in Sports Medicine*. Ed. Panamericana. 13(4)1994;683-93. El talón en el deporte.
5. **Manero FJ, Beltran Ch, Ferrer M.** *El Pie*. Monografía Médico-Quirúrgica del Aparato Locomotor Ed. Masson. 36-7.
6. **Viladot A, et al.** Diez lecciones sobre patología del pie. Barcelona. 133-50.