DOLOR POR TENDINITIS AQUILEA CRÓNICA: SÍNDROME DE HAGLUND

Silvia Gómez García (1), Francisco Javier Serrano Aguilar (2), Ana Mª Ortega Jiménez (3).
(1) Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería), (2) Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería), (3) Centro de Salud Olula del Río (Almería).

INTRODUCCIÓN

- El síndrome de Haglund produce aumento de partes blandas en talón, dolor en inserción aquilea y dorsiflexión dolorosa de pie.
- El diagnóstico es **clínico y radiográfico** mediante la tríada:

- Tendinitis aquilea.
- Bursitis retrocalcánea.
- Deformidad de Haglund
(espolón calcáneo posterosuperior).

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

- Mujer de 49 años con antecedentes personales de hernia discal lumbar L4-L5 intervenida.
- Acude a consulta de Atención Primaria por talalgia izquierda de larga evolución, a nivel del tendón de Aquiles, empeorando con la marcha y la presión del calzado en dicha zona. Dolor leve en fascia plantar.
- Exploración física: piel enrojecida e inflamación con dolor a la presión sobre inserción aquilea y en dorsiflexión del pie.

- Diagnosticada de tendinitis aquilea del pie izquierdo, se inicia tratamiento antiinflamatorio y estiramientos aquileos con escaso alivio.
- Radiografía lateral pie: exostosis del borde superior del calcáneo.

- Se deriva a Traumatología diagnosticándose de Síndrome de Haglund. Resonancia magnética (RM): tendinosis distal del Aquiles, prominencia ósea en inserción bursal del calcáneo, bursistis retrocalcánea y retroaquílea compatible con Síndrome de Haglund. Espolón calcáneo inferior y fascitis plantar.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

- El **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** debe incluir entensitis, xantomatosis, artritis reumatoide, gota y espondilitis anquilosante, ya que provocan un similar aumento de partes blandas.
- La **RM** se reserva para casos dudosos o que no mejoran.
- Como **FACTORES PREDISPONENTES** destaca el calzado ajustado, arco plantar aumentado, tendón demasiado tenso y cualquier situación que favorezca la fricción entre tendón y hueso.
- El resultado del **TRATAMIENTO** suele ser bueno si se inicia precozmente con antiinflamatorios, frío local, calzado adecuado y ejercicios de estiramiento. Si no mejora a las 6 semanas se puede valorar fisioterapia y terapias físicas, y si persiste a los 6 meses se planteará tratamiento quirúrgico.

PALABRAS-CLAVE: Haglund's disease, Achilles tendinopathy, Heel pain. **BIBLIOGRAFÍA**:
1.- Sierra-Solís A, Romero-Lópeza AI, Martín-Rodrigo JL. Síndrome de Haglund. Semergen 2012;38(1):64-6.
2.- Kucuksen S, Karahan AY, Erol K. Haglund Syndrome with Pump Bump. Med Arh 2012;66(6):425-7.
3.- Thomas JL et al. The Diagnosis and Treatment of Heel Pain: A Clinical Practice Guideline–Revision 2010.
4.- The Journal of Foot & Ankle Surgery 2010;49:S1–19. Tárrega-Tarrero et al. Síndrome de Haglund. Arch Med Dep 2006;116 (23):473-6.